Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie

TherMedius®-Institut
Therapeutische Aus- und Weiterbildungen

Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie

Psychotherapeutische Grundlagen für Therapeuten, Heilpraktiker, Heilpraktiker Psychotherapie, Ärzte, Coaches, psychologische Berater und Psychotherapie-Interessierte

Redaktionelle Leitung:
Gabriele Rengel-Schneider,
Herausgeber:
Jan-Henrik Günter, TherMedius®-Institut

TherMedius®

Zusammenfassung: Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie

Zusammengefasst von Sebastian Faber, Dipl.-Betriebswirt (FH)

Herausgeber: Jan-Henrik Günther, TherMedius® -Institut Stand:23.10.2013

Ziel der Psychotherapie:

" […] psychische Erkrankungen, Leiden oder Störungen durch Gespräch oder verschiedene übende Verfahren zu heilen." S. 12

Richtungen der Psychotherapie: (noch weiter herausarbeiten)

Was bedeutet psychisch Krank ?

"Grundsätzlich definiert man eine psychische Erkrankung als eine deutliche Abweichung des Erlebens und des Verhaltens von der Norm." S.14

Diagnose einer psychischen Erkrankung

"Ein wichtiger Faktor ist natürlich auch, inwieweit sich ein Klient der diagnostizierenden Person öffnet. Förderlich ist hier daher immer ein gewisses Vertrauensverhältis. Je mehr der Patient von sich ehrlich preisgibt, umso genauer können Diagnostik und Behandlungsplan sein." S.14

[…] "Merkwürdiges Verhalten" wurde in der Menschheit (und auch später) oftmals als Besessenheitszustand oder als Folge von Flüchen gesehen. So waren deren Behandler zumeist Schamanen oder Priester. <<Dämonen>> wurden von ihnen wortreich ausgetrieben, es wurden Wirkstoffe verabreicht oder chirurgische Eingriffe vorgenommen, um dese aus dem Körper zu entfernen." S. 15

"Im späten 18. Jahrhundert nun erlebte die Psychotherapie mit den Arbeiten des französischen Artztes Philippe Pinel einen Aufschwung. Pinel begründete mit seinen Schülern eine neue Tradition im Umgang mit Patienten, die psychisch erkrankt waren. Sie gingen davon aus, dass sich in jedem Menschen heilende

Kräfte und eine Freiheit fänden, die es nur galt zu stabilisieren. Im Zentrum der Behandlung standen Zuwendung, Milde und Geduld. Außerdem verband er als Erster das hippokratische mit einem analytischen Denken. Trotzdem wandte er auch rigide Maßnahmen, wie Hungerkuren, Eintauchen in kaltes Wasser oder Drehstuhlbehandlungen an." S. 16

"[…]1879 gründete Wilhelm Wundt das erste psychologische Laboratorium zur Erforschung der menschlichen Seele und gilt dadurch als Vater der modernen Psychologie." S.16

"Ein Jahr später entwickelte der Psychiater Dr. Josef Breuer eine <<Redekur>>. Eine Sensation in der damaligen Zeit, die Sigmund Freud 1900 als Basis für die Entwicklung seiner Psychoanalyse annahm." S. 16

"zum einen sind Ursachen psychischer Krankheiten nicht immer klar und auch ihre Symptome und Syndrome nicht immer eindeutig." S.16

Das triadische System

Drei Bereiche von psychische Erkrankungen des triadischen Systems (basiert auf Überlegungen von Emil Kraeplin)

"[1] Organischen Psychosen

[wie z.B. Demenz oder Delir] liegen klar definierte körperliche Erkrankungen zugrunde (zum Beispiel Hirntumor)." S.17

akute organische Psychosen "voll reversibel [i.d.r.] […] und sich meist durch Bewusstseinsstörungen äußern.

[…] Psychosen, chronisch oganische Psychosen die irreversible Wesenveränderungen und Demenz zur Folge haben können. […]

[2] Endogene Psychosen bezeichnen Schizophrenien und affektive Erkrankungen, die weder körperliche noch psychogene Ursachen haben. Organische Ursachen sind nur teilweise bekannt.

[3] Psychogene Störungen haben einen rein psychischen Ursprung und beinhalten Persönlichkeitsstörungen,

Angst- und Zwangsstörungen, Konversionen und dissoziative Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen." S.17

ACHTUNG:

"Mittlerweile wird dieses System nicht mehr offiziell angewandt […] durchaus [könnnen] auch körperliche Ursachen zugrunde liegen […]" S. 17

"Abgelöst wurde das triadische System von dem DSM-V und dem ICD-10." S. 17

"ICD-10

FO Organische einschließlich somatische psychische Störungen

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen)

F2 Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen" S. 18

"Das DSM-V [DSM-5] kann, wenn man möchte, einzeln aber auch als Ergänzung zum ICD-10 genutzt werden. […] Neben der unterschiedlichen Einteilung besteht der Hauptunterschied darin, dass das DSM-V zusätzlich auf[SF1] geschlechterspezifische Unterschiede eingeht." S. 18

EXKURS: Insgesamt werden im DSM-5 22 diagnostische Kategorien unterschieden:

1. Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung
2. Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen
3. Bipolare und verwandte Störungen
4. Depressive Störungen
5. Angststörungen
6. Zwangsstörungen und verwandte Störungen
7. Trauma- und belastungsbezogene Störungen
8. Dissoziative Störungen
9. Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen
10. Fütter- und Essstörungen
11. Ausscheidungsstörungen
12. Schlaf-Wach-Störungen
13. Sexuelle Funktionsstörungen
14. Geschlechtsdysphorie
15. Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen

16. Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen

17. Neurokognitive Störungen (NCD)

18. Persönlichkeitsstörungen

19. Paraphile Störungen

20. Andere psychische Störungen

21. Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und andere unerwünschte Medikamentenwirkungen

22. Andere klinisch relevante ProblemeVgl. https://flexikon.doccheck.com/de/DSM-5#Aufbau

https://www.hogrefe.de/downloads/dsm-5-online-material

Begrifflichkeiten der Epidemiliogie

[1] Morbidität […] fasst Prävalenz und Inzidenz zusammen. […] Krankheitshäufigkeit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitraum.

[1.1] Inzidenz: Anzahl der Neu-Erkrankungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums.

[1.2] Prävalenz: Anzahl von bestehenden Fällen von bestimmten Erkankungen in einer bestimmten

Bevölkerungsschicht über einen bestimmten Zeitraum (Periodenprävelenz) hinweg oder zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävelenz)

[1.3] Mortalität: Anzahl der Todesfälle bei einer Erkrankung, bezogen auf die Gesamtzahl der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum.

[1.4] Letalität: Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle, bezogen auf die Anzahl der Erkrankten. Sie ist der Gradmesser der Gefährlichkeit einer Erkrankung." S.20

Kontakt / Kommunikation / Verhalten

"Betritt ein klient unsere Praxis, so nehmen wir als Erstes sein Verhalten und seine Fähigkeit, Kontakt aufzunehmen wahr. Wir spüren schon einmal im Ansatz seine Fähigkeit, soziale Distanz zu seinen Mitmenschen zu verrinngern und erleben, wie er sich uns gegenüber verhält. So können wir schon ganz am Anfang seine Kontaktfähigkeit mit der Außenwelt im Ansatz beurteilen und abschätzen, ob er eher misstrauisch, distanziert ist oder vielleicht auch zu distanzlosem, überschießenden Verhalten neigt.

Verhaltensstörungen spüren wir ggf. schon hier durch ein schweigendes, abnormes Verhalten […] [Problemverhalten] gegenüber der Außenwelt - in diesem Fall zunächst uns.

Sicherlich zeigt uns auch Einiges sein äußeres Erscheinungsbild, seine Art zu sprechen, seine Mimik und Gestik, seine Motorik.

Das alles erkennen wir in den ersten Minuten.

Umso wichtiger ist es, sich zu vergegenwärtigen, dass diese Minuten wichtig sind, um den Patienten schon einmal einzuschätzen und eine erste, möglichst natürlich gute, Beziehung aufzubauen.

Sie ist ein Wirkungsfaktor für ein Vertrauensverhältnis und eine erfolgreiche Therapie.

Nehmen Sie also diesen Moment bewusst wahr, um daraus konkret in die Anamnese zu übergehen." S.22

Anamnese

"Erhebung von Daten, auf deren Basis ein Befund erstellt werden kann, der wiederum als Grundlage für die spätere Therapie dient. Sie beinhaltet den aktuellen Zustand des Patienten, seine gesundheitliche Vorgeschichte, seine Lebensumstände und alle weiteren Informationen, die zur Beurteilung der Situation des Klienten relevant erscheinen." S. 22 Wissen für Anamnese

Um diese Daten so erfassen zu können, dass sie objektiv nützlich sind, benötigen wir einiges an Wissen - und auch einige wichtige Grundbegriffe." S. 22

Bewusstsein

Bewusstseinszustände und deren klinische Bedeutung

"[…]erlebbare Existenz mentaler Zustände und Prozesse […]" S. 23

Vigilanz

"[…] <<Wachheit>>,Wahrnehmung, Orientierung, Bewusstseinsklarheit, Denken, Aufmerksamkeit, sprachlicher Verständigung und Handeln." S. 23

Quantitative und Qualitative Störungen des Bewusstseins

1. Qualitative Bewusstseinsstörungen

"[…] können Folge unterschiedlicher zerebraler, also vom Gehirn ausgehender, Funktionsstörungen […] (Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall), Störungen der Atmung oder Kreislauf, Vegiftungen [Ethanol], zu hohem oder zu niedrigemm Blutzuckerspiegel oder auch Infektionen des Nervensystems [Meningitis]." S.23

1.1 Schweregrade quantitativer Bewusstseinszustände

1.1.1 Benommenheit

" […] schläfrig, jedoch durch Ansprechen oder Berühren gut weckbar. […] Verhalten und Auffassungsfähigkeit sind verlangsamt, […] gut orientiert, zeigt aber kaum sprachliche Äußerungen. Reflexe und der Muskeltonus

(der Spannungszustand einer Muskelgruppe oder eines Muskels) sind im Normalbereich." S.23

1.1.2 Somolenz

"[…] apathisch […] [oder] schläfrig, dass er nur durch lautes Ansprechen oder starke Berührungen weckbar ist. Konzetration und Aufmerksamkeit sind herabgesetzt. Er kann sich kaum Artikulieren. Falls er es doch tut, ist er kaum zu verstehen. Reflexe sind erhalten, der Muskeltonus ist leicht vermindert, Reaktionen auf Schmerzgrenze sid voll da. Wenn er schließlich erwacht, ist er orientiert, aber verwirrt." S.23

1.1.3 Sopor

"[…] nur durch äußerst starke Reize zu erwecken [Schmerzreize]. Er ist weder orientiert noch erhält man von ihm verbale Äußerungen, der Muskeltonus ist verinngert, allein Reaktionen auf Schmerzreize finden statt."

1.1.4 Präkoma und Koma

"[…] nicht weckbar, er zeigt auf Schmerzreize keine Reflexe. […] Es liegen Störungen zetraler körperlicher Funktionen wie Atmung, Temparaturregulation und Kreislauf vor, somit besteht höchste Lebensgefahr. Das Präkoma ist hierbei

eine Art Vorstufe des Komas, in der einzelne physiologische Reflexe zwar erloschen sind, in der jedoch noch Abwehrreaktionen auf starke Reize zu beobachten sind, ohne dass das Bewusstsein wiedererlangt wird. Im eigentlichen Koma sind dann auch diese Reaktionen nicht mehr zu beobachten."

S. 24

1.1.4.1 Coma vigile / Wachkoma

"Der Betroffene erscheint wach, der Blick geht geradeaus oder wandert umher, er kann allerdings nicht fixieren. Er reagiert verbal noch reflektorisch, ist stumm und reglos." S. 24

2. Qualitative Bewusstseinsstörungen

"[…] können infolge von Schädel-Hirn-Traumata, Stoffwechselproblemen, entzündlichen Erkrankungen des Gehirns, Vegiftungen durch Medikamente, Alkohol oder Drogen aber auch bei Schlafentzug auftreten. Dabei werden Bewusstseinsinhalte verändert, die Bewusstseinsklarheit ist verinngert." S. 24

2.1 Bewusstseinstrübung

"[…] Verwirrtheit in Denken und Handeln […] Schwierigkeiten, Aspekte der eigenen Person und seiner Umwelt zu verstehen und auf sinnvolle Art und Weise miteinander zu verbinden. Dementsprechend sind Kommunikation und Handeln gestört." S. 24

2.1.1 Merkmale

"Desorientiertheit, Halluzinationen, Angst, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus und vegetative Störungen. Kann […] bei Intoxikationen, Entzug, Tumoren, Morbus, Alzheimer, kardiovaskulären Problematiken oder auch bei paranoid-halluzinorischer Schizophrenie auftreten.

2.1.2 Dämmerzustand z.B. nach epileptischen Anfällen oder bei Schädel-Hirn-Trauma

"[…] die Betroffenen nach außen hin orientiert zu sein scheinen und auch einfache Handlungen ausführen können, tatsächlich ist das Bewusstsein ganz auf das innere Erleben eingeschränkt. Die Außenwelt wird nur vermindert wahrgenommen. Betroffene befinden sich in einer Art traumwandlerischen Zustand. Oftmals kommt es zu Illusionären Verkennungen, es kann auch zu Hallozinationen kommen.

2.2 Bewusstseinseinengung

"Der Betroffene ist in seiner Kognition (also seinen gedanklichen Prozessen) und seinem emotionalen Erleben auf wenige Aspekte fokussiert. Dadurch ist er vermindet ansprechbar. Er ist nach außen hin jedoch orientiert. […] kann zum Beispiel bei Schädel-Hirn-Traumata, nach epileptischen Anfällen oder in Rauschzuständen vorkommen, aber auch in harmloser Form bei der Madiation, der Hypnose oder auchbeim konzentrierten Arbeiten." S. 24

2.3 Bewusstseinsverschiebung oder Bewusstseinserweiterung

"[…] Er verspürt Intensitäts oder Helligkeitssteigerungen. Zudem kann eine gesteigerte Wachheit auftreten sowie ein Gefühl der Ekstase. […] kann zum Beispiel bei bestimmten Drogen, beginnender Schizophrenie oder Manie auftreten." S. 25

3. Orientierung

"[…] kognitive Fähigkeit, zu wissen, wo, wann und in welcher Situation man sich in diesem Moment befindet, welche Person vor einem steht - oder wer man auch selbst ist. […] Orientierungsstörungen können harmlose Ursachen wie Stress, Erschöpfung oder Schlafmangel haben, können aber auch Folge von organischen Störungen wie Demenz, Alkohol- oder Drogenmissbrauch sein." S. 25

3.1 Desorientiertheit im Bezug auf die Zeit

"Der Betroffene kann nicht sagen, welcher Tag, Monat oder welches Jahr gerade ist. Bei schweren Störungen werden auch Tages- oder Jahreszeiten nicht mehr erkannt." S. 25

3.2 Desorientiertheit im Bezug auf die Situation

"Der Betroffene kann die Situation, in der er sich befindet, nicht mehr erfassen, weder ihren Sinn noch ihre Bedeutung." S. 25

3.3 Desorientiertheit im Bezug auf den Ort

"Der Betroffene weiß nicht, wo er sich befindet oder wie er von einem Ort zum anderen kommt." S.25

3.4 Desorientiertheit im Bezug zu anderen Personen

"Vertraute oder bekannte Personen werden nicht mehr erkannt" S. 25

3.5 Desorientiertheit zur eigenen Person

"Der Betroffene weiß nicht mehr, wer oder was er ist. Er hat zum Beispiel seinen Namen, seine Herkunft und / oder sein Geburtsdatum vergessen." S. 25

4. Aufmerksamkeit

"Konzentration der Wahrnehmung auf bestimmte Reize unserer Umwelt. Wichtig hierfür die die Selektion von

Informationen, die auf uns einwirken, sodass diese in unser Bewusstsein dringen können und schließlich

Denken und Handeln steuern. Hat ein Betroffener eine Aufmerksamkeitsstörung, so ist dieser Fluss gestört." S.25

5. Gedächtnis

5.1 Ultrakurzzeitgedächtnis / sensorisches Gedchtnis

"Speicherungs und Erinnerungsmöglichkeit 10 bis 30 Sekunden." S.26

5.2 Kurzzeitgedächtnis / Arbeitsgedächtnis

"Speicherung und Erinnerungsmöglichkeit ca. 20 Minuten" S. 26

5.3 Langzeitgedächtnis

"Gedächtnisinhalte sind auf Dauer gespeichert" S. 26

6. Denken (formal, inhaltlich)

"[…] Vorgänge, die in unserem Inneren ablaufen, wenn wir uns etwas vorstellen, uns erinnern, etwas anfassen, begreifen oder abwägen, beurteilen oder schlussfolgern, sprich Dinge, Erlebnisse oder Sinneseindrücke verarbeiten." S.26

6.1 Ziel eines Denkprozesses

"[…] Bewusstwerdung von Inhalten." S. 26

6.2 Arten von Denkstörungen

6.2.1 inhaltliche Denkstörung

"inhaltliche Ergebnis des Denkens [ist] gestört" S. 26

6.2.1.1 Zwangsgedanken

"Aufdrängen von nicht eigenen Gedanken, gegen die sich der Betroffene, obwohl er es will, nicht wehren kann.

Wird nicht nachgegeben, folgen daraus Unbehagen und Angst. Sie unterteilen sich in Zwangsgedanken bzw. Zwangsvorstellungen oder Zwangseinfälle, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen." S. 26

6.2.1.2 Überwertige Ideen

"Ideen oder Gedanken, die stark emotional (oftmals religiös oder politisch) besetzt sind und den Betroffenen in seinem gesamten Leben und vor allem in seinem Handeln beherrschen." S. 26

6.2.1.3 Wahn

"nicht zu korrigierende Falschbeurteilung der Realität. […] [jener] hat viele Erscheinungsformen […] und [kann]

[…] gerade bei schweren psychischen Erkrankungen vorkommen […]. Vom Prinzip her ist er eine unkorrigierbare Falschbeurteilung der Realität. Er tritt bei schizophrenen Psychosen, organischen Psychosen und auch wahnhaften Depressionen auf." S. 26

6.2.1.3.1 Beispiele von Symptomen des Wahns:

"Wahnstimmung - Die Welt erscheint dem Betroffenen bedrohlich verändert. <<Es liegt etwas in der Luft>>.

Wahnwarnehmung - In eine eigentlich reale Wahrnehmung wird eine abnorme Bedeutung hineininterpretiert.

(Zum Beipiel soll das Licht im Fenster der Nachbarn etwas bestimmtes mitteilen)

Wahneinfall/Wahngedanke/Wahnidee - Ideen tauchen plötzlich - ohne Sinneswahrnehmung - auf.

(Zum Beispiel ist der Betroffene plötzlich der Überzeugung, die Welt retten zu müssen.) Wahnerinnerung - Ereignisse aus der Vergangenheit werden umgedeutet.

Wahnarbeit - Bei der Wahnarbeit wird ein gesamtes Wahnsystem aufgebaut, um Warninhalte zu erklären.

Wahnhafte Persönlichkeitsverkennung - Personen werden nicht mehr als die realen Personen erkannt, die sie sind. (Für den Betroffenen ist [zum Beispiel] seine Nachbarin eindeutig eine Außerirdische, die ihn töten will.)

Symbiotischer Wahn oder Folie á deux - Hierbei lässt sich eine nahe Bezugsperson eines Erkrankten in den Wahn mit hineinziehen. (Zum Beispiel ist so dann auch die Ehefrau des Betroffenen der festen Überzeugung, dass ihr Mann einer großen Verschwörung auf der Spur ist.)" S. 27

"Wahnthemen können unterschiedlichster Art sein. Der Beziehungswahn ist eines der häufisten Wahnthemen. Blicke von Vorbeigehenden, Anzeigen in Zeitungen, vermeintliche Lichtsignale von Nachbarn werden so zu Elementen des Wahninhaltes. Weitere Wahnthemen sind der Beeinträchtigungswahn, der Verfolgungswahn als dessen Steigerung, der Dematozenwahn (der Wahn, Hauterkrankungen seien eingedrungene Tiere), der hypochondrische Wahn, Schuld- oder Versündigungswahn, Größenwahn, Kleinheitswahn, Liebeswahn und Eifersuchtswahn." S. 27

Formale Denkstörungen

Gehemmtes Denken - Das Denken ist gebremst, unregelmäßig. Der Betroffene verspürt beim Denken einen Widerstand. Dies wird im Gegensatz zum verlangsamten Denken vom Betroffenen selbst als belastend empfunden.

Eingeengtes Denken (inhaltliche Perseveration) - Der Betroffene verhaftet an einem oder wenigen Themen, ist auf Denkinhalte fixiert.

Grübeln - Der Betroffene beschäftigt sich unablässig mit bestimmten Lebensthemen.

Gedankensperrungen, Gedankenabreißen - Der Gedankengang bricht plötzlich während eines Gesprächs grundlos ab.

Umständliches Denken - Der Betroffene trennt Unwesentliches nicht von Wesentlichen. Das Reden ist

weitschweifig, der Betroffene verliert sich in unwichtigen Einzelheiten.

Perservation - Der Betroffene haftet an Worten und Gedanken, die im späteren Gesprächsverlauf nicht mehr sinnvoll sind.

Verbigeration - Worte werden immer wiederholt.

Neologismen - Die Sprache besteht aus nicht unbedingt verständichen Wortneubildungen.

Gedankendrängen - Bestimmte Inhalte drängen sich unwillkürlich auf.

Ideenflucht - Der Gedankengang wird durch immer neue Inhalte abglenkt oder unterbrochen.

Zerfahrenes oder inkohärentes Denken - Inhalte werden zerissen, Sätze ohne verständlichen Sinn aneinandergesetzt.

Vorbeireden - Der Betroffene hört zwar eine Frage, die ihm gestellt wurde, gleitet aber mit seiner Antwort am Thema vorbei." S. 27, 28

7. Wahrnehmung

"[…] bedeutet, dass man sinnliche Gegebenheiten zur Kenntnis nimmt und kognitiv verarbeitet.

Man kann sich vorstellen, dass dieser Ablauf sehr leicht gestört werden kann - sei es auf der Ebene der Sinnesorgane, der Ebene der die Reiz-Information weiterleitenden Nerven oder auf jener des zentralen Nervensystems, das für die Verarbeitung zuständig ist.

Gleichzeitig kann es natürlich auch Störungen bei der Interprätation von Sinneswahrnehmungen geben.

Wie wir Sinnesreize wahrnehmen, kann sehr stark vo unserer körperlichen oder psychischen Verfassung, aber auch von Erfahrung, Erlerntem oder auch von unserem sozialen Umfeld abhängen." S. 28

7.1. modalitätsspezifische Wahrnehmungsstörungen

Die "die einzelne Sinne betreffen (taktil (tasten), kinästherisch (Wahrnehmung des Körpers und der Bewegung), visuell (sehen), auditiv (hören) oder vestibulär (Wahrnehmung des Körpers und der Bewegung)),

7.2. intermodale Wahrnehmungsstörungen

"[…] bei denen das zeitliche oder räumliche Nacheinander von Reizen nicht erkannt und gemerkt werden und somit nicht entsprechend reagiert werden kann." S. 28

7.3 Effekte von Wahrnehmungsstörungen

"Halluzinationen

Halluzinationen nahestehende Phänomene

Einfache Wahrnehmungsveränderungen" S. 28

8. Halluzinationen

"[…] Wahrnehmungen, denen kein Sinnesreiz von außen zugrunde liegt. Betroffene fühlen, hören, sehen, schmecken oder riechen Dinge, die in der Realität nicht vorhanden sind. Sie sind überzeugt, dass sie reale Reize wahrnehmen. " S. 28, 29

8.1 Akustische Halluzinationen

"Zischen oder Knallen […] sogenannte Akoasmen […] Stimmen, Worte, Sätze (sogenannte Phoneme). Bei letzteren können diese dialogisch sein (sprich, der Betroffene unterhält sich mit den Stimmen), sie können Handlungen kommentieren oder Befehle geben.

Diese Formen der Halluzination sind Merkmale für Schizophrenie, können aber auch bei organischen Psychosen oder bei der epileptischen Aura auftreten." S. 29

8.2 Olfaktorische oder gustatorische Halluzinationen

"[…] stehen für die halluzinatorische Wahrnehmung von Geschmäckern oder Gerüchen. Sie können bei bestimmten Tumoren oder in der epileptischen Aura auftreten. Häufig begleiten sie Schizophrenien (z.B. als Vergiftungswahn) oder kommen bei depressiven Erkrankungen vor." S. 29

8.3 taktile Halluzinationen

"[…] das Gefühl, zum Beispiel gestochen oder gewürgt zu werden oder fühlen kleine Tiere, die über die Haut krabbeln (Dermatozoenwahn)." S. 29

8.4 Zönäthesien

"gleichen taktilen Halluzinationen, beschreiben aber Störungen der Leibesemfpindung. Der Betroffene spricht in solchen Fällen davon, sein Körper würde sich anfühlen <<als ob>> er zum Beispiel aus Stein sei, <<als ob>> ein Körperteil verfault sei, <<als ob>> seine Hände vergrößert seien ect." S. 29

8.5. Leibeshalluzinationen oder zönästhetische Halluzinationen

"den Charakter von etwas "von Außen" gemachten haben. Zum Beispiel fühlt sich der Betroffene als habe jemand sein Körper elektrisch aufgeladen oder sein Körperinneres durch Hypnose verändert." S. 29

9. Halluzinationen nahestehende Phänomene

"[…] ähneln den Halluzinationen, haben aber nicht deren als realistisch eingestuften Charakter." S. 29

9.1 Pseudohalluzinationen

"[…] Sinnestäuschungen, die bildhaft und eher subjektiv sind. Sie werden als nicht realistisch erkannt. Häufig kommen Pseudohalluzinationen in der Einschlaf- oder Aufwachphase, in Trancezuständen, in der Meditation, bei der Erschöpfung und starker Ermüdung, bei der Bewusstseinstrübung (Fieber oder Drogeneinfluss), Affektzuständen oder in der Rückbildungsphase einer Halluzination vor." S. 29

9.2 Illusionen oder illusionäre Verkennungen

"[…] deuten tatsächlich Vorhandenes um. Dies kann ganz banal in der Dunkelheit vorkommen (ein Baum wird für einen Menschen gehalten) oder bei Übermüdung bzw. emotionalen Anspannungen. Im krankhaften Bereich kommen sie oft bei Schizophrenie (hier eher akustisch) oder organischen Psychosen (hier eher optisch) vor." S.29

9.3 Paradolien

"[…] wird in wirklich Vorhandenes Nicht-Vorhandenes hineininterpretiert (Klassisch: Figuren in Wolken oder

Worte in Geräuschen). Im Gegensatz zur illusionären Verkennung existieren hier realer und nicht-realer Sinneseindruck nebeneinander." S.29

4. Einfache Wahrnehmungsveränderungen

"[…] der Betroffene [erkennt] die Realität richtig, jedoch werden Qualität und Intensität verändert.

Häufig betreffen diese Störungen die visuellen Wahrnehmungen." S. 30

"Verschwommensehen oder Farbigsehen; Mikroskopie oder Makroskopie (Gegenstände erscheinen kleiner oder Größer als sie sind); Metamorphosie oder Dysmegalopsie (Gegenstände werden verzerrt oder verändert wahrgenommen); Intensitätsminderung oder -steigerung der Wahrnehmung. " S. 30

5. Ich-Emfpinden / Ich-Umwelt-Grenze / Ich-Störungen

"Bei den Ich-Empfinden und dessen Störungen geht es um die Definition der Ich-Umwelt-Grenze. Bei Störungen wird das ICH nicht mehr als solches empfunden, der Betroffene sieht sich nicht mehr als personell geschlossene Einheit, löst sich von innen heraus auf oder wird von außen in seinem Erleben und Handeln beeinflußt. " S. 30

5.1 Ich-Störungen

Ich-Störungen treten häufig bei Schizophrenie, aber auch bei Depressionen auf. Weitere Ursachen können zum Beispiel Intoxikation, extreme Erschöpfung, eine Posttraumatische Belastungsstörung, Schizoaffektive Störung, epileptische Aura, Delir bei Demenz oder auch Alkoholdelir sein." S. 30

5.1.1 Typen von Ich-Störungen

5.1.1.1 Psychotische Ich-Störungen

"Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung […]

[Hier] werden die eigenen psychischen Vorgänge und Zustände als von außen beeinflusst empfunden. Gedanken werden eingegeben oder entzogen, der Willen wird beeinflusst, bzw. sind die Grenzen eingerissen, sodass die eigenen Gedanken sich ausbreiten - quasi verflüchtigen.

Meist verbindet sich bei dem Betroffenen die Ich-Störung mit einem Erklärungswahn, nämlich dass die

Verminderung der Abgrenzung durch Suggestion, Hypnose oder irgendwelche Gerätschaften verursacht werden." S. 30

5.1.1.2 Entfremdungserleben

"Depersonalisationserleben, Derealisationserleben […] ergibt sich aus einer rein emotionalen Wahrnehmung. " S. 30

5.1.1.2.1 Depersonalisierung

Die eigene Person wird als Fremd erlebt "oder die Umgebung um einen herum als nicht real.

Dieses Gefühl kommt von innen, wird nicht als von außen gemacht empfunden. […] fühlen sich Betroffene als nicht mehr sie selbst, sondern zum Beispiel <<wie ein Schatten>>, als sei er nicht mehr er selbst. Gefühle und Erlebnisse werden als flach oder unwirklich geschildert." S. 30, 31

5.1.1.2.2 Derealisation

" […] bezieht sich dieses Empfinden auf die Umgebung. Sie wird als irreal geschildert, als fremd, leblos. In dieser Umgebung fühlen sich Betroffene, wie <<wie unter einer Käseglocke>> oder <<wie in Watte>>. S. 31

6. Affektivität / Affekte = die jeweilige Stimmung in einem Moment

"[…] beschreibt die allgemeine Gefühls- und Gemütsleben sowie das psychische emotionale Erleben und Reagieren eines Menschen. Dazu gehören Emotionen, Affekte […], Stimmungen und Motivation.

6.1 Störungen der Affektivität

"

> Affektverarmung, affektive Verfachung

> Affektstarre

> Insuffizienzgefühl / gesteigertes Selbstwertgefühl

> Inadäquater Affekt oder Parathymie

> Affektinkontinenz > Affektlabilität

> Läppischer Affekt

> Ambivalenz

> Störung der Vitalgefühle > Dysphorie

> Euphorie

> Innere Unruhe / Gereiztheit" S. 31

6.1.1 Affektverarmung / Affektive Verflachung

"[…] mangel oder verlust von Gefühlsäußerungen. […] zeigt kaum oder keinerlei Interesse, zeigt keinerlei Einfühlungsvermögen, erscheint unbeteiligt. Er spricht selbst oft vom Gefühl der Gefühlslosigkeit, klagt über ein Abgestorbensein der Gefühle, alles sei Ihm egal, nichts könne ihn erschüttern.

Dieses Symptom kann man bei schizophrenen, affektiven und organischen Psychosen, aber auch Depressionen finden." S. 31

6.1.2 Affekstarre

"[…] zeigt der Betroffene zwar Affekte, verharrt in diesen jedoch völlig - egal wie die Situation oder der

Gesprächsgegenstand sind. Er kann aus diesem Affekt nicht ausgelenkt werden.

[…] kann bei organischen

Psychosen, Schizophrenie oder Depressionen vorkommen." S. 31

6.1.3 Insuffizienzgefühl

"[…] Gefühl der Wertlosigkeit. […] Der Betroffene empfindet sich als unfähig und nicht liebenswert." S. 31

6.1.4 gesteigertes Selbstwertgefühl

"Hier sieht sich der Betroffene als wertvoll, einzigartig, mit besonderen Fähigkeiten ausgestattet." S. 31

6.1.5 inadäquater Affekt / Parathymie

"[…] Erlebnisinhalt und geäußerter Affekt [stimmen] nicht überein. Klassisches Beispiel ist das Lachen trotz Trauer auf einer Beerdigung. Die Parathymie findet man bei der Schiziphrenie." S. 32

6.1.6 Affektlabilität

"[…] wechseln Affekte während eines Gespräches schnell und kurz. Eben noch traurig, kann der Betroffene im nächsten Moment unendlich fröhlich sein." S. 32

6.1.7 läppischer Affekt

"[…] nicht angemessen und unreif, ja albern. Er kichert zum Beispiel bei jeder Frage des Therapeuten wie ein Teenager." S. 32

6.1.8 Ambivalenz

"[…] positive und negative Gefühle, Stimmungen oder Motivationen nebeneinander […]. Dieses Störungsbild muss nicht zwingend krankhaft sein, kennt man aber ansonsten bei Depressionen, Zwangsstörungen oder Schizophrenien." S. 32

6.1.9 Störungen der Vitalgefühle

"kennt man bei Erkrankungen wie Depression oder Manie. Der Betroffene fühlt sich schwer, verspürt Druck

(typisch: Das <<Globusgefühl>>, also der <<Klos im Hals>>), Schmerz oder auch Leichtigkeit in der Manie." S. 32

6.1.9.1 lavierte Depression

"Im Falle einer Depression weitet [sich die Störung der Vitagefühle] in eine lavierte Depression aus, bei der nicht die depressive Stimmung, sondern die vegetativen Störungen im Vordergrund stehen, so dass die Depressionen oft nicht direkt erkannt wird." S. 32

6.1.10 Dysphorie

"Leiden Betroffene unter einer dauerhaften missmutigen Stimmung spricht man von einer Dysphorie.Selbst Positives wird grundsätzlich negativ gesehen." S. 32

6.1.11 Euphorie

"[…] wenn die Stimmung, das Wohlbefinden und die Zuversicht übersteigert bis hin zur Unangemessenheit gehoben sind." S. 32

6.1.12 innere Unruhe / Gereiztheit

[…] der Betroffene [fühlt sich] getrieben, angespannt und aufgewühlt. In Folge spricht man von Gereiztheit, wenn er aggessiv ist und zu affektiven Ausbrüchen neigt." S. 32

7. Antrieb und Psychomotorik

"[…] Grundaktivität unseres Seins […]. Dazu gehören zum Beispiel Initiative, Lebendigkeit, Tatkraft und Aufmerksamkeit. Der Antrieb äußert sich von außen betrachtet durch die Psychomotorik, die für die Aktivität unseres Bewegungs- und Handlungsablaufs steht." S. 32

7.1 Antriebsströrungen

"

>Antriebsarmut-/mangel - das komplette subjektive Fehlen des Antriebs

>Antriebshemmung - Gefühl des gebremst Seins, Unfähigkeit, zielgerichtete Handlungen durchzuführen

>Antriebsschwäche/-verarmung - die Verminderung eines zuvor vorhandenen Antriebs

>Antriebssteigerung - ein gesteigerter Drang mit einem deutlichen Ziel vor Augen (wird erst bei einer schweren Ausprägung chaotisch)" S. 33

7.2 Psychosomatische Störungen

"

> Hyperkinese - heftige, impulsartige Bewegungsunruhen (Zappelphillip-Phänomen)

> Motorische Unruhe / psychomotorische Erregung - zielloses Agieren

> Akinese / Hypokinese - Bewegungslosigkeit bzw. ein Mangel an Motorik

> Manirsmen - sonderbares Verhalten, gestelzte Sprache, Grimassieren oder bizarres Verhalten

> Stereotypen - immerwährendes Wiederholen der gleichen Bewegungsabläufe, Wörter oder Sätze

> Echopraxie / Echolalie - Nachahmen von Bewegungen oder Gesprochenem anderer

> Mutismus - Stummheit (kann generell aber auch selektiv sein)

> Stupor - Fehlen von jeglicher Bewegung bei klaren Bewusstsein, jedoch mit eingeschränkter Reizufnahme

> Negativismus - Sperre gegen Handlungen, zu denen man aufgefordert wird. Der Betroffene macht genau das Gegenteil.

> Katalepsie [Starrsucht] - [Zustand des Verharrens in einer starren Körperhaltung.] https://psylex.de/symptome/katalepsie.html > Haltungsstereotypen - Einhalten von Selbst unbequemen Körperpositionen, die man von außen nicht verändern kann." S. 33

8. Intelligenz

"[…] drückt die kognitive Leistungsfähigkeit aus. […] Gemessen werden im Allgemeinen: allgemeines Verständnis,

Sprachverständnis, Wortschatz, Allgemeinwissen, logisches Denken und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Ergebnis ist der sogenannte

Intelligenzquotient (IQ). […] Intelligenztests werden häufig kritisiert, vor allem wenn es um die einschäzung von Schülern im Bezug auf ihre

Schullaufbahn geht." S. 33, 34

9. Selbst- oder Fremdgefährdung

"[…] geht von Menschen aus, die aufgrund der psychischen Störung durch bestimmte Handlungsweisen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. […] Gerade die Selbstgefährdung in Form drohender Suizidalität kann uns in unserer täglichen Praxis begegnen. […] Wichtig ist hier Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, den Betroffenen nicht allein zu lassen - und im Notfall die Polizei zu rufen. So hart

es auch Klingt. Enn auch wenn Sie in einem konkreten Fall denken, eine Suizidandrohung sei nur ein Hilferuf, müssen sie diese außerordentlich ernst nehmen. […] Sobald ein konkreter Suizidplan vorliegt, gilt diese Situation als Notfall." S. 34

9.1 Selbstgefährdung

"Die Gefahr der Selbstgefährdung kann beispielswiese bei schweren Depressionen, akuten organischen oder funktionellen Psychosen bestehen. Auch Anorexie und psychosomatische Störungen können zu einer Selbstgefährdung führen, dies bedeutet jedoch selten eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, sondern eher in eine psychosomatische Abteilung oder in eine auf dieses Krankheitsbild spezialisierte Klinik." S. 35

9.2 Fremdgefährdung

"[…] bedeutet, dass Dritte durch eine erkrankte Person in Gefahr geraten. […] kann bei akuten organischen Psychosen auftreten, bei manchen Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Störungen oder Drogen-, bzw. Alkoholmissbrauch." S. 35

10. Freiheitsbeschränkende oder entziehende Maßnahme

Kann nach dem Unterbringungsgesetz (PsychKG) nur vollzogen werden wenn:

"

> eine psychische Krankheit festgestellt wurde,

> in Folge eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt,

> eine unmittelbare Gefahr für den Betroffenen und/oder Dritte bzw. deren Eigentum besteht,

> objetiv ein Zusammenhang zwischen (psychischer) Erkrankung und drohender Fremd- oder Eigengefährdung vorhanden ist,

> diese Gefahr nur durch die Unterbringung oder Behandlung in dieser Klinik abzuwenden ist,

> mit einer Besserung des Krankheitszustands in Folge der Behandlung in besagter Klinik gerechnet werden kann." S. 35

11. Das Erstgespräch und deren Funktion

"

> eine Anamnese zu erheben

> einen Befund zu erstellen

> gute Basis für eine vertrauensvolle Patienten-/Therapeuten-Beziehung herzustellen

> Zielvereinbarungen zu treffen." S. 38

11.1 Ablauf des Erstgespräches

11.1.1 Anamnese

"[…] Schilderung des Klienten der atuellen Beschwerden, der gesundheitlichen Vorgeschichte, der Lebensumstände, des familiären Umfelds (samt etwaigen Vorerkrankungen) und möglicher Ressourcen, auf die der Klient zurückgreifen kann - oder bereits tut. " S.37

11.1.2 Fremdanamnese

"[…] eine Form der Anamnese-Erhebung, bei der nicht der Klient selbst, sondern Angehörige, Bekannte oder sonstige Dritte Angaben zur

Krankengeschichte machen. [wenn der Patient selber nicht in der Lage oder ansprechbar ist.]" S. 37

"Die Anamnese leitet schließlich zum Befund über […], der den Ist-Zustand des Klienten samt seiner Symptome wiedergibt. Anamnese und Befund führen schließlich zur Diagnose." S.37

11.1.3 psychatrische Anamnese

"[…] soll dem Therapeuten ein umfassende Übersicht über die Geschichte des Klienten und sein Befinden geben. Sie ist für den Therapieerfolg von fundamentaler Wichtigkeit, da wir auf Basis der Anamnese in Kombination mit dem Befund die Diagnose erstellen, ein Therapieziel finden und eine Therapieform wählen können." S. 38

11.1.3.1 Struktur einer psychatrische Anamnese / Krankheitsamnese (subjektive Angaben) "

> Allgemeine soziodemografische Klientendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum ect.)

> Grund der Konsultation samt Vorgeschichte und etwaigen Auslösefaktoren sowie Entwicklung der aktuellen Symptome

> Psychische Vorerkrankungen oder -behandlungen

> körperliche Erkrankungen und/oder Beschwerden

> Drogen- und Medikamenten-Anamnese

> Familienanamnese (Erkrankungen, Eltern, Geschwister, Beziehungen etc.)

> Sozialanamnese (Familienstand, Freunde, soziales Netz, Ausbildung, Beruf, finanzielle Sicherheit, Hobbys etc.)" S. 38

11.1.4 Wichtig und zu beachten bei Erfassung von Krankheitsamnese

"[…] Vorerkrankungen zu berücksichtigen, aber vorallem auch Beginn, Verlauf und Grad der aktuellen Beschwerden zu erfassen. Gleichzeitig müssen kritische Lebensereignisse berücksichtigt werden. Dies ist unabdingbar und relevant für die Diagnose. Für manche Erkrankungen, die in Phasen verlaufen können (z.B. Depression), ist es ggf. emfpehlenswert, einen Phasenkalender mit Phasenlänge, -abständen und -stärken zu erstellen. […] Achten sie bei der Familien- und Sozialanamnese auf Schlüssel- oder Schwellenereignisse. Oftmals fällt ein Krankheitsbeginn mit einem solchen zusammen. Ansonsten sollten Sie die Beziehungsstrukturen des Klienten beachten. Hier ist es manchmal hilfreich, diese grafisch aufzubereiten. Eine solche Methode hilft auch bei möglicherweise unstrukturierten Berichten von Klienten. Notieren Sie sich auch die Namen der genannten Personen. Diese werden im folgenden Therapieverlauf möglicherweise immer wieder auftauchen - und es ist manchmal unangenehm, an diesen Stellen nachfragen zu müssen, wer denn die erwähnte Person sei, wenn diese vom Klienten

zuvor schon einmal ausführlich beschrieben wurde. […] Natürlich sollten hier auch Beziehungsathmosphären, Konflikte und Rollen der einzelnen Personen erfasst werden." S. 38, 39

"Behalten Sie immer im Hinterkopf, dass die Anamnese nicht nur am Anfang für Sie wichtig ist, sondern auch im Verlauf der Therapie immer wieder zur Hand genommen werden kann und sollte, um sich bestimmte Strukturen wieder zu vergegenwärtigen." S. 39

12. Befund

Auflistung "welche Symptome bei dem Klienten psychisch und (im eingeschränktem Maß) körperlich vorliegen." S. 39

Bezug "auf den konkreten Untersuchungszeitpunkt und basiert auf der objektiven Betrachtung des Therapeuten (dadurch grenzt er sich von dem subjektiven Bericht der Anamnese ab)." S. 39

12.1. Unterscheidungskriterien für einen Befund

> qualitative Aussagen (Bewusstsein, Orientierung ect.) > quantitative Aussagen (Testwerte)

12.1.1 qualitative Aussagen

"

> Äußere Erscheinung / Sprache / Verhalten

> Bewusstseinsstörungen

> Orientierungsstörungen (Zeit, Ort, Situation, Person)

> Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

> Formale und/oder inhaltliche Denkstörungen

> Zwänge

> Wahn

> Wahrnehmungsstörungen

> Ich-Störungen

> Störungen der Affektivität

> Antriebsstörungen und psychosomatische Störungen

> Zirkadiane Besonderheiten (Schwankungen durch exogene [Tag-Nacht-Wechsel] oder endogene [Hormone] Einflüsse) > Suizidalität/Fremdgefährdung

> Andere Störungen

> ggf. ergänzbar: Gegenübertragung" S. 40

12.2 Symtome und deren Zusammenhänge untereinander / Symptome und Syndrome

"Bitte beachten Sie auf jeden Fall, dass kein Symptom für sich allein steht. Sie müssen für eine spätere Diagnose immer den Gesamtzusammenhang betrachten! Das ist besonders wichtig, da manche Symptome für sich alleine auch bei gesunden Menschen auftreten können."

S. 40

13. Testverfahren

"Zur Erhebung eines Befundes bei Erkrankungen bieten sich psychologische quantitative Testverfahren an, dies besonders, um einen bestimmten Verdacht zu objektivieren oder den Schweregrad detaillierter abzuschätzen." S. 40

13.1 Störungübergreifende Verfahren zur Abbildung von Syndromen, Beschwerden, oder Befindlichkeiten "

>Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

https://www.testzentrale.de/shop/catalogsearch/result/?q=SCL-90-R&search-submit= https://www.medizin-im-text.de/blog/2010/6710/scl-90-

symptomcheckliste-bei-psychischen-stoerungen/ http://accesscm.org/wp-content/uploads/2013/03/SCL-90.pdf

>Befindlichkeitsskala (BF-S) http://newtests.zpid.de/?p=404

>Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R)" S. 40

http://www.jochen-fahrenberg.de/ForschungsgruppePsychophysiologie/FBL-R_Testbeschreibung.html

13.2 Störungsgruppenbezogene Verfahren, um bestimmte Syndrome nicht direkt zu diagnostizieren, aber zu quantifizieren

"

>Hamilton-Depressionsskala (HAMD)

https://www.researchgate.net/profile/Andreas_Schmitt3/publication/281452378_German_version_of_the_GRID_Hamilton_Rating_Scale_for_Depression_GRID-HAMD/links/55e8710a08aeb65162630a63/German-version-of-the-GRID-Hamilton-Rating-Scale-for-Depression-GRIDHAMD.pdf

>CAGE-Fragebogen

http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/CAGE.pdf

http://www.ama.lu/docs/Cage_Test.pdf >Beck-Depressions-Inventar (BDI)" S. 41

https://www.psychiatriepraxis-jakobeit.de/app/download/5785884016/BDI+Test++mit+unserem+Emblem.pdf https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1661-4747.a000033?journalCode=ppp

13.3 Testpsychologische Diagnostik, bei der die Reaktion von Patienten auf "Reizmaterial" überprüft wird "Sie helfen bei der Analyse bestimmter Leistungsaspekte." S. 41 "

>Hamburg-Welcher-Intelligenztest (HAWIE)

https://www.uni-due.de/~h100136/PP/WS/Hamburg__Wechsler_Intelligenztest_Erwachsene.ppt

https://www.researchgate.net/profile/Markus_Dresel/publication/277857687_Der_Hamburg-Wechsler-Intelligenztest_fur_Kinder_-_Dritte_Auflage_1999_HAWIK-III/links/55f5627808ae6a34f6612c02/Der-Hamburg-Wechsler-Intelligenztest-fuer-Kinder-Dritte-Auflage-1999-HAWIKIII.pdf?origin=publication_detail

>d2-Aufmerksamkeitsbelastungs-Test

https://www.researchgate.net/publication/315892179_Aufmerksamkeits-Belastungs-Test_d2_-_Computerversion_-_d2-C_Handbuchartikel

http://kognition.at/images/6/65/Test_d2.pdf

Vorteile dieser Verfahren sind, dass diese Tests auf umfangreichem Material aufbauen, wissenschaftlich fundiert, standardisierter und objektiver sind als Interviews. Sie sollen sie allerdings nicht ersetzen." S. 41

14. Bildgebende Verfahren

"[…] zu Beginn einer Therapie [müssen] mögliche körperliche Ursachen von Symptomen ausgeschlossen werden. […] [Die bildgebenden Verfahren] ermöglichen es, neuronale Prozesse oder Störungen im menschlichen Gehirn zu visualisieren. Dies ist wichtig, um bestimmte organische Hirnerkrankungen, wie

Creutzfeldt-Jakob, Tumore oder Enzephaltiden zu diagnostizieren - oder auszuschließen." S. 41

14.1 EEG - Elektroenzephalografie:

Messung "elektrische[r] Aktivitäten des Gehirns durch Elektroden am Kopf. […] wird […] bei der Diagnostik von Epilepsien, organischer Hirnerkrankungen und bei der Überprüfung der Wirkung bestimmter Psychopharmaka genutzt." S. 41

14.2 Röntgen

"[…] dient […] nur zur groben Einschätzung einer etwaigen Schädigung." S. 41

14.3 CT - Computertomographie [Schnittbilder durch Röntgenstrahlung]

"[…] das Gehirn [wird] nach Tumoren, vergangenen Herzinfarkten, Abzessen, Blutungen, Atrophien, Fehlbildungen oder Knochenanomalien abgesucht." S.42

14.4 MRT - (funktionelle) Magnettresonanztomografie [dreidimensionale Darstellung in hoher Auflösung]

"Daher können im MRT sonst schwer erkennbare entzündliche Erkrankungen, zerebrovaskuläre Läsionen (Verletzungen der Blutbahnen im Gehirn) und demyelinisierende (Schädigung des Zentralnervensystems) Prozesse und vor allem Neurilnome (gutartige Nervenphasertumore) oder kleine Matastasen entdeckt werden." S. 42

14.4.1 fMRT

"können sogar Aktivitäten im Gehirn dargestellt werden, zum Beispiel, welcher Reiz auf welchen Teil des Gehirn wirkt." S. 42

14.5 PET - Positronen-Emissions-Tomographie

"Per PET wird die Verteilung eine markierten schwach radioaktiven Substanz im Körper sichtbar gemacht. So werden physiologische und biochemische

Prozesse visualisiert." S. 42

14.6 SPECT - Single-Photon-Emmisions-Computertomografie

"sind die Halbwertszeiten länger als beim PET […] Das Ergebnis ist jedoch ähnlich." S. 42

14.7 MEG - Magnetoenzephalographie

"Per äußerer Sensoren wird die magnetische Aktivität des Gehirns zum Beispiel beim Wahrnehmen von Reizen, Denken oder Lernen gemessen." S. 42

15. Labordiagnostik

"Relevant für das psychische Befinden eines Patienten können viele Blutwerte, wie der Blutzucker, Schilddrüsenwerte ect. Sein. Gleichzeitig kann die Einnahme von Psychopharmaka zu körperlichen Veränderungen und somit auch der Blutwerte führen. Daher sollte im Zweifel der Ursache von Beschwerden, die körperliche Ursachen haben könnten und die nicht entsprechend abgeklärt wurden, immer der Gang zum Hausartzt empfohlen werden. Auch im Vorfeld ist es natürlich interessant zu wissen, ob der Patient in irgeneinem Bereich auffällige Werte hat. Und: Natürlich kann auch ggf. ein Drogenscreening notwendig sein." S. 42

16. Diagnose

"Sind Anamnese und Befund abgeschlossen, kann in Abwägung aller Faktoren eine Diagnose erstellt werden. Diese sollte dann, bei Behandlungen in Deutschland, zur besseren allgemeinen Verständigung mit Ihrer Bezeichnung aus dem ICD-10 klassifiziert werden." S. 42

16.1 Differenzialdiagnose

"Besteht die Vermutung mehrerer Diagnosen, werden alle Erkankungen, bei denen die gleichen oder ähnliche Symptome auftreten, per Differentialdiagnose

darauf geprüft, welche am wenigsten wahrscheinliche Ursache sein könnte." S. 43

16.2 Ausschlussdiagnose

"Diese möglichen Ursachen werden dann per Ausschlussdiagnose nacheinander ausgeschlossen, bis im Idealfall nur noch eine Möglichkeit übrig bleibt." S.43

16.3 Verdachtdiagnose

"Erhält man […] kein sicheres Ergebnis, so wählt der Therapeut die für sich Wahrscheinlichste aus uns setzt sie unter den Begriff Verdachtdiagnose. Die Behandlung dieser Verdachtdiagnose sollte ein möglichst geringes Risiko beinhalten, dass der Klient Schaden von ihr nimmt, falls die Verdachtsdiagnose nicht zutrifft. Falls sich eine Verdachtsdiagnose im Verlauf der Behandlung als nicht zutreffend herausstellt, beginnt der Therapeut gegebenenfalls mit einer anderen Herangehensweise von vorn." S. 43

17. Therapiemotivation

"Oftmals [haben] im Vorfeld Eltern, Verwandte, Freunde oder Kollegen den Patienten gedrängt, einen Therapeuten zu besuchen. Oder es ist dem Patienten selbst nicht wirklich klar, dass er bei der Therapie mitarbeiten muss, der Therapeut kein Magier ist, der ihn mit einem Fingerschnips wieder "normal" macht. […] Manchmal besteht auch keine Lust, sich mit schwierigen Themen auseinanderzusetzen. […] [Wichtig] ist, eine gute Verbindung und ein stabies Vertrauensverhältnis mit dem Klienten aufzubauen, sodass er sich öffnen kann und merkt, dass sich tatsächlich etwas bei Ihm bewegt, wenn er sich nur traut. Und: Wichtig ist auch, immer wieder eine Zieldefinition zu erstellen, um die Therapie nicht ins Belanglose auslaufen zu lassen." S. 43

17.1 Therapie bedeutet …

"[…] sich einzulassen, etwas zu riskieren, Probleme in Angriff zu nehmen, sich anzustrengen und auch mal Frustration zu erleben." S. 43

17.2 Therapieziel

"[…] die Tatsache, dass der Patient - mit Unterstützung des Therapeuten - ein Ziel definiert, ist ein wichtiger, vielleicht erster Schritt zum bewussten Umgang mit seinem Problem, einer ersten Selbstreflektion und einer wahren Therapiemotivation getan, was elementar für einen Therapieerfolg ist. […] Dementsprechend ist es auch sinnvoll, das Therapieziel schriftich (zum Beispiel im Behandlungsvertrag) zu fixieren. Selbstverständlich sollten Therapeut und Patient immer wieder den Therapieerfolg überprüfen und bei fehlendem Erfolg die Methoden neu anpassen oder die Zielformulierung überprüfen." S. 44

18. Ressourcenfindung

"Es ist nützlich schon früh zu schauen, welche Fähigkeiten, Erfahrungen, Talente aber auch Unterstützung von außen ein Patient mit in die Therapie bringt. Diese können als Kraftquellen genutzt werden und so den Therapieerfolg unterstützen. Daher sollten Ressourcen möglichst frühzeitig hervorgehoben und gefestigt werden." S. 44

19. Psychatrische Notfälle / Verhaltensregeln

"Sie treten […] am häufigsten in Folge von Belastungsreaktionen, Drogen- und Alkoholproblemen, Schizophrenien, affektiven Störungen und organischen Psychosen auf." S. 68

"Bleiben Sie ruhig und geduldig! [;] Schaffen Sie einen geschützen Raum [;] klären Sie ab, wie sich beim Betroffenen Bewusstsein, Motorik, Krankheitseinsicht, produktive Symptome, Suizidalität und Fremdgefährdung

gestalten [ausdrücken] [;] […] Üben Sie dem Betroffenen gegenüber uneingeschränkte Akzeptanz. […] Erklären Sie ihr Vorgehen selbst desorientierten, verwirrten oder psychotischen Betroffenen. Bleiben Sie offen und ehrlich. […] Arbeiten Sie mit <<talk down>> (Beruhigung einer Person durch besänftigende Worte)." S. 80

19.1 Eigen- und Fremdgefährdung

"[…] geht von Menschen aus, die aufgrund einer psychischen Störung durch bestimmte Handlungsweisen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Diese können im Notfall gegen ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses vorübergehend eingewiesen werden." S. 68

19.1.1 Selbstgefährdung / drohende Suizidalität

"[…] kann uns in unserer täglichen Praxis begegnen. […] Wichtig ist hier, Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, den Betroffenen nicht allein zu lassen - und im Notfall die Polizei zu rufen. […] Denn auch wenn Sie in einem konkreten Fall denken, eine Suizidandrohung sei nur ein Hilferuf, müssen sie diese außerordentlich ernst nehmen. Sobald ein konkreter Suizidplan vorliegt, gilt diese Situation als Notfall! Fragen Sie bei Unsicherheiten gerne auch beim psychosozialen Dienst Ihres Gesundheitsamtes nach oder bei der nächstgelegenen psychatrischen Klinik." S. 68

19.1.2 Gefahr der Selbstgefährdung

" […] kann beipsielsweise bei schweren Depressionen, akuten organischen oder funktionellen Psychosen bestehen. Auch Anorexie und psychosomatische Störungen können zu einer Eigengefährdung führen. Dies bedeutet jedoch selten eine Unterbringung in einer psychatrischen Klinik, sondern eher in eine

psychosomatische Abteilung oder in eine auf dieses Krankheitsbild spezialisierte Klinik." S.68

"Betreungsrechtlich bedeutet eine mögliche Selbstgefährdung zum Beispiel schwerste Verwahrlosung, Nichtbehandlung schwerster körperlicher Leiden oder die Gefahr des Verhungerns oder Erfrierens aufgrund einer psychischen Erkrankung. Dies kommt gelegentlich bei chronischen Psychosen, Demenzen oder schweren Suchterkrankungen in Betracht." S. 69

19.2 Fremdgefährdung

"[…] bedeutet, dass Dritte durch eine erkrankte Person in Gefahr geraten. Das kann in Form eines Angriffs sein, wenn der Erkrankte sich unkontrolliert im Straßenverkehr bewegt oder wenn er öffentliche <<Rechtsgüter>> attakiert. […] kann bei akuten organischen Psychosen auftreten, bei manchen Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Störungen oder Drogen-, bzw. Alkoholmissbrauch." S. 69

19.3 Suizidalität

"[…] Gesamtmenge der Energien eines Menschen […], die zu einer Selbstvernichtung führen soll […] Ausdruck einer Einengung durch Belastungssituationen (objektiv oder subjektiv empfunden) […] Störungen des Erlebens und Empfindens, […] körperlich oder psychisch begründet […]." S. 70

"Gefährdet sind arbeitslose, sozial isolierte, chronisch Kranke und existentiell bedrohte Menschen, außerdem Suchtkranke." S. 70

"Hauptmethode ist die Vergiftung, es folgen Schnitt- und Stichverletzungen, schließlich absichtlich herbeigeführte Verkehrsunfälle, Erhängen und Hinunterstürzen." S. 70

19.3.1 Parasuizidale Handlung

"Wenn eine suizidale Handlung nicht zum Tod führt, jedoch durch sie eine grundlegende Veränderung im Leben angestrebt wird […]" S. 71

19.3.2 Sonderformen des Suizides

"Bilanzsuizid […] Gemeinsamer Suizid […] Erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid) […] Protrahierter Suizid [=] Selbstschädigendes Verhalten zum Beispiel durch eine Suchterkrankung oder eine Essstörung. […] Kindersuizid [=] selten und lässt sich oft nicht von Unfällen abgrenzen. […] Altersuizid […] Suizid als politisches Mittel." S. 71

19.3.3 Aspekte eines Suizides

"[…] Autoagression, appelative Gründe (Hilfeschrei), Fremdaggression (Rache, Vorwürfe) oder Fluchtmotive (heraus aus einer Situation kommen zu wollen)." S. 71

19.3.4 Ausdrucksformen eines Suizides

"Sprechen Sie bei einem Verdacht den Betroffenen auf jeden Fall offen und direkt auf seine Suizidgedanken an; thematisieren Sie auch ruhig die Suizidart (inklusive aller Problemarten drumherum). […] Suchen sie gemeinsam mit ihm nach Ressourcen und Möglichkeiten, aus der bestehenden Situation heraus zu kommen und bringen Sie sich auch ruhig selbst mit Ihren Gefühlen sein. Legen Sie nächste Schritte fest, schließen Sie eine Art Vertrag mit dem Betroffenen. […] Beachten Sie, dass Suizid für den, der ihn begeht, nicht strafbar ist, sie sich aber unterlassener Hilfeleistung schuldig machen, wenn Sie nichts unternehmen." S. 72

19.4 Akute Angst- und Erregungszustände

"[…] können unterschiedlichste Ursachen haben […] zeichnen sich durch Unruhe [,] Agitiertheit (gesteigerte, ziellose motorische Aktivität) [,] vegetative Symptome (Zittern, Tachykardie [Herzrasen], Dysponoe [Atemnot] oder Schweißausbrüche) [,] Agressivität aus." S. 73

19.5 Akute Psychose

"[…] ähnelt einer schizophrenen Psychose mit optischen oder akustischen Halluzinationen [,] Wahn [,] zerfahrenem Gedankengang […] Die akute Psychose […] beginnt abrupt, verläuft innerhalb weniger Tage und bildet sich auch wieder schnell zurück. […] körperlicher oder psychischer Art […] auch aus einer akuten Belastungssituation [heraus] […] Eine Vorstellung bei einem Psychiater ist auf jeden Fall notwendig." S. 74

19.6 Delirante Syndrome und deren Ursachen

"[…] [Bei] Alkohol- oder Medikamentenentzugsdelir, […] Nieren-, Leber-, oder Herzinsuffizienz, Enzephaltiden (Entzündungen einzelner Bereiche des Gehirns), eine Sepsis ("Blutvergiftung"). […] Beginn ist akut und die Dauer maximal bis sechs Monate. […] schwerwiegender Notfall […] sofort den Notarzt anrufen […] ein Delir verlangt eine stationäre Aufnahme." S. 76

19.7 Katatone Syndrome und deren Urachen

"[…] Auslenkung der Willkürmotorik […] von der motorischen Hemmung, dem Stupor, der wächsernen Biegsamkeit, der Katalepsie, […] Grimassieren […] Parkinesien, den Stereotypen, dem Raptus bis hin zum Mutismus, Echolalie oder Verbigeration. […] Ursachen ergeben sich aus einer Vielfalt von psychischen Erkrankungen. Zum Beispiel: Schizophrenie, […] Depression […] organischen Psychosyndromen […] dissoziativen Störung […] Ein katatones Syndrom

bedarf einer sofortigen stationären Aufnahme ein einer psychiatrischen Klinik." S. 78

19.8 Maligne neuroleptische Syndrom

"[…] lebensbedrohlich. Es tritt wenn, dann zumeist vier Wochen nach Therapiebeginn bzw. Umstellung auf. […] In diesem Fall wird ausnahmsweise bei einem Verdachtsfall das Neuroleptika sofort abgesetzt und der Patient eingewiesen." S. 79

20. Therapeutische Maßnahmen zur Heilung der Seele

"Das genau passende Verfahren auszuwählen richtet such nach der Erkrankung, nach dem Patienten und nach der persönlichen Ausrichtung. […]

Nicht jede therapeutische Richtung kann jede Erkrankung optimal behandeln, nicht jeder Patient nimmt jede Art der Therapie an. Wählen Sie daher genau. […] therapeutische Maßnahmen [können] auch multimodular angewandt werden […] [z.B.] Gesprächspsychotherapie gemeisam mit Entspannungsverfahren oder einer Hypnotherapie. […] Verhaltenstherapie kombiniert mit Psychopharmaka. […] Es hängt immer von dem individuellen Fall ab. Grob unterteilt man:

Psychotherapeutische Verfahren [;] Soziotherapie [;] Psychoedukation [;] Psychopharmakatherapie [;] Nicht-pharmakologische biologische Verfahren." S. 82

20.1 Psychotherapie

"[…] Diagnose und Behandlung [;] in einer speziellen Form der menschlichen Beziehung [;] von psychisch begründbaren Erkrankungen, Verhaltenstörungen oder Leiden [;] mit psychologischen Verfahren [;] auf wissenschaftlicher Grundlage [;] ohne Medikation [;] mit dem Ziel für den/die Betroffene eine

gewünschte Veränderung zu erzielen, Leiden zu vermindern und/oder zu heilen." S. 83

Definition: Diagnose und Behandlung in einer speziellen Form der menschlichen Beziehung von psychisch begründbaren Erkrankungen, Vehaltensstörungen oder Leiden

mit psychologischen Verfahren auf wissenschaftlicher Grundlage ohne Medikation mit dem Ziel für den/die Betroffene eine gewünschte Veränderung zu erzielen, Leiden zu vermindern und/oder zu heilen. Vgl. S.83

20.2 Erfolgsfaktoren für eine Psychotherapie

"[…] ein stimmiges Therapeuten-Klienten-Verhältnis. Es muss vertrauensvoll sein, der Therapeut muss die nötigen Fachkenntnisse haben und sich durch Empathie und Echtheit auszeichnen. Nur so kann sich der Patient wirklich öffnen. Natürlich sollte jeder Therapeut seine Grenzen kennen - und auch die Grenzen seiner Therapiemethode.

[…] es gibt nicht die generell passende Methode, sie muss dem Fall entsprechend zielführend angewandt werden können. […] Mit der Zeit haben sich verschiedenste Phsychotherapie-Schulen entwickelt." S. 83

20.3 Psychotherapiearten / Hauptgruppen "

20.3.1 kognitive-behaviorale Therapien (Verhaltenstherapie) [Krankenkassenzahlung]

20.3.2 tiefenpsychologische Therapien (zum Beispiel die Psychoanalyse) [Krankenkassenzahlung]

20.3.3 humanistische Therapien

20.3.3.1 klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers [Krankenkassenzahlung]

20.3.3.2 Gestalttherapie

20.3.4 systemische und interpersonelle Therapien (zum Beispiel die Paar- und Familientherapie)

20.3.5 spezielle Therapien (zum Beispiel Entspannungsverfahren oder Hypnosetherapie)" S. 84

20.3.1 kognitive-behaviorale Therapien (Verhaltenstherapie) // nach Skinner und Kanfer

"[…] begann ihre Entwicklung […] mit der empirischen Untersuchung von Lernprozessen - und daraus Steuerung von Verhalten. […] intrapsychische[..] Prozesse[…] und therapeutische[…] Möglichkeiten, psychische Erkrankung zu behandeln [finden sich im] [Kognitivismus] [wieder]." S. 84

"Nun wurden Kognitionen als Instanzen gesehen, um emotionale, physiologische, motorische und motivationale Prozesse zu kontrollieren und zu steuern. Außerdem wurden

zusätzlich gesellschaftliche Bedingungen für Verhalten mit einbezogen (sozialpsychologische Wende)." S. 85

"Anwendung findet die Verhaltenstherapie heutzutage als dynamischer Prozess des Lernens und des Lösens von Problemen bei Angststörungen oder Zwangsstörungen, aber auch posttraumatischen Belastungsstörung, bei Depressionen oder der Insomnie." S. 85

20.3.1.1 Verhaltensforschung

"[…] beschäftigt sich NICHT mit dem Inneren des Menschen, sondern mit seiner sozialen Umgebung und seiner Interaktion mit Ihr. Therapeutisch geht es hier um die Ausbildung der Selbstregulation bei psychischen Problemen." S.84

20.3.1.1.1 Modell 1: Klassische Konditionierung nach Petotisch Pawlow

http://www.lern-psychologie.de/behavior/pawlow.htm

http://www.allpsych.uni-giessen.de/knut/Kognitive_Psychologie%3BLernen/Lernen1_KK1.pdf

20.3.1.1.2 Modell 2: Operantes (instrumentelles) Konditionieren nach Edward Thorndike / Burrhus F. Skinner

"[…] erweiterten die klassische Konditionierung um das Element "Konsequenz". Verhalten wird belohnt oder bestraft. Sie stellten fest, dass Verhalten, das bestraft wird, mit der Zeit abnimmt, jenes das belohnt wird nimmt zu. Eine sehr wirksame Zwischenform ist die der intermittierenden Verstärkung, die nicht regelmäßig stattfindet, sondern nur punktuell. Diese ist nicht besonders nachhaltig." S. 84

20.3.1.2 Arten von Verstärkern "

>positive Verstärkung - Belohnung

>nagative Verstärkung - Wegfall einer negativen Konsequenz

>indirekte Betstrafung - Wegfall einer positiven Konzequenz

>direkte Bestrafung - Bestrafung

>Löschung (Time-out) - keine (positiven) Verstärker für eine bestimmte Zeit" S. 84

20.3.1.3 Therapieverlauf / Sieben-Phasen-Modell nach Kanfer

Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen

• Rollenstrukturierung

• Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung

• Beginn der problembezogenen Informationssammlung

• Gestaltung der „äußeren Therapiesituation"

2. Aufbau von „Änderungsmotivation" und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

• Nutzung von „inhärenten" Motivationsbedingungen des Selbstmanagement-Konzepts

• Reduktion von Demoralisierung und Resignation

• Einsatz spezieller Motivationsstrategien

• Erste Ansätze einer „Ziel-Wert-Klärung"

• (Vorläufige) sachliche und motivationsabhängige Auswahl von Änderungsbereichen

3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell

• situative Verhaltensanalyse (von Makro- zu Mikroebene)

• kontextuelle Verhaltensanalyse (von Mikro- zu Makroebene)

• Erstellunge eines (vorläufigen) funktionalen Bedingungsmodells

4. Vereinbaren therapeutischer Ziele

• Klärung von Therapiezielen

• Gemeinsame Zielanalyse

• Konsens über therapeutische Zielperspektiven

5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

• Planung spezieller Maßnahmen (auf Basis der Informationen aus den Phasen 1-4)

• Entscheidung über spezielle Intervention

• Durchführung der Maßnahmen

6. Evaluation therapeutischer Fortschritte

• Kontinuierliche therapiebegleitende Diagnostik

• Prä-/ Post-Evaluation

• „Zielabhängige" Evaluation des Einzelfalls

7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Therapieabschluß

• Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte

• Arbeit an restlichen therapeutischen Ansatzpunkten bzw. Bearbeiten neuer therapeutischer Ziele

• Erlernen von Selbstmanagement als Prozeß

• Beendigung/ Ausblenden der Kontakte

• Abschluß-Feedback

• Vorbereitung von „Follow-up" bzw. von Katamnesen

https://www.karteikarte.com/card/1996632/7-phasenmodell-therapeutischer-veraenderung-nach-kanfer

S. 6 http://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/Selbstmanagement-TherapieSTUDIENBRIEF.pd

S. 85, 86 in Skript

20.4 Verfahren und Techniken

"Die Therapieverfahren richten sich nach den Therapieinhalten und -zielen. […] Reizkonfrontation [;] Operante Methoden [;] Modell-Lernen [;] Aufbau von Kompetenzen [;] Kognitive Verfahren [;] Selbstkontrollverfahren, Selbstmanagement (selbstständiges aktives Verändern problematischen

Verhaltens über Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle und/oder Selbstverstärkung)" S. 86, 87

20.5 Forschungsergebnis einer Anzahl von irrationale Denkmuster (Denkfehler) nach Aaron T. Beck

20.5.1 Übergeneralisierung

"Auf Basis eines einzigen Vorfalles wird eine allgemeine Regel für verschiedene andere Situationen aufgestellt." S. 87

20.5.2 Dichotomes Denken

"(Alles oder Nichts): Leistungen oder Situationen werden nur polarisiert wahrgenommen. Abstufungen fehlen." S.87

20.5.3 Personalisierung

"Ereignisse werden ohne Begründung auf sich selbst bezogen." S. 87

20.5.4 Katstrophisierendes Denken

"Die Zukunft wird als bedrohlich und negativ emfpunden, Katastrophen werden prophezeit." S. 87

20.5.5 Selektive Abstraktion

"Ein einzelner negativer Aspekt wird aus einem Geschehen gezogen und übertönt, positive Seiten werden nicht berücksichtigt." S. 87

20.5.6 Emotionale Beweisführung

"Ein Gefühl wird als Beweis für einen Gedanken genommen. Rationale Argumente werden außen vor gelassen." S. 87 20.5.7 Maximieren und Minimierung

"Negatives wird übertrieben, Positives untertrieben." S. 87

20.5.8 Gedankenlesen

"Man vermeint, die Gedanken der Anderen […] zu kennen. [ohne bei der jeweiligen Person nachzufragen]" S.87

20.5.9 Imperative Sätze

"Der Betroffene geht von bestimmen Ordnungen, Normen, Maßstäben aus (man müsste, sollte)" S. 87

20.3.2 tiefenpsychologische Therapien (zum Beispiel die Psychoanalyse) // Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Verfahren nach Freud & Breuer

"Idee hinter der Psychoanalyse ist die Untersuchung des menschlichen Denkens, Erlebens und Verhaltens und der Untersuchung des Inneren und der Vergangenheit als

Ursprung möglicher Störungen dieser <<Oberfläche>>. […] Die menschliche Persönlichkeit befindet sich laut der Psychoanalyse ein Leben lang in einem stetigen

Entwicklungsfluss. Der Grundstein wird jedoch in Kindheit und früher Jugend gelegt. Störungen und Verletzungen in diesen Lebensphasen haben unterschiedliche Auswirkungen auf das weitere psychische (Er-)Leben." S.88

Innovatoren und Innovationen der Psychoanalyse

"

>Individualpsychologie […] Alfred Adler […] sucht […] nach […] Zweck von Symptomen und dem Behandeln von Mängelzuständen im sogenannten <<Lebensstil>> als Auseinndersetzung mit der Gesellschaft.

>Ich-Psychologie […] Anna Freud […] Psychoanalyse [wird] um neue Aspekte der Ich-Entwicklung ergänzt.

>analytischen Pychologie […] Carl Gustav Jung […] die Auseinandersetzung des Individuums mit seinem eigenen Lebensweg.

>Existenzanalyse […] Logotherapie […] Viktor Frankl […] stark anthropologisch-philosophisch ausgerichtet und bezieht die Frage nach dem Sinn des Lebens mit ein.

>Konzept der allgemeinen Neurosenlehre […] Harald Schulz-Henke, Erich Fromm, H.S. Sullivan und Karen Horney […] Hier stehen Charakter und eine vitale

Antriebshemmung durch Gesellschaft und Umwelt im Vordergrund, die zu einer neurotischen Entwicklung führen können. In der Therapie werden hier Neuanpassung an die gesellschaftliche Realität, Freiheit und Autonomie angestrebt." S. 91

"

>Gruppenanalyse […] Joseph H. Pratt […] spezielles Therapieverfahren [https://www.psyonline.at/lexikon/gruppenanalyse]

>psychoanalytische Objektbeziehungstheorie […] Melanie Kleins […] Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion und das Thema Bezugsperson […] Begriffe Übertragung und Gegenübertragung [stehen] im Mittelpunkt.

>Bindungstheorie […] John Bowlby […] der Mensch [hat] das Bedürfnis […], intensive und enge Beziehungen zu Mitmenschen aufzubauen und Gründe für Veränderungen von Beziehungen im Laufe des Lebens sucht.

>psychoanalytische Selbstpsychologie […] Heinz Kohut […] [Beschäftigt] sich mit der Organisation und Aufrechterhaltung des Selbst […] in Beziehung auf Objekte der Umwelt." S. 91, 92

20.3.2.1 Abwehrmechanismen nach Psychoanalyse

20.3.2.1.1 Verdrängung

"schützt […] vor bedrohlichen Einflüssen und inneren Wünschen. […] löscht Errinnerungen nicht aus […], erschwert nur das bewusste Erinnern an ein Geschehen. Sind bestimmte […] Impulse, die zum Beispiel Schuld oder Scham erzeugen, unwerwünscht, so werden diese […] ins Unbewusste verdrängt. Sie können jedoch wieder durch Träumen oder als unbewusste Ersatzhandlungen erneut an die Oberfläche kommen." S. 90

20.3.2.1.2 Reaktionsbildung

"Gefühle werden durch entgegengesetzte Gefühle unterdrückt (zum Beispiel Wandlung in Hass, wenn Liebe nicht stattfinden darf). Dieser Vorgang läuft unbewusst ab." S.90

20.3.2.1.3 Regression

"Der Betroffene zieht sich (zum größten Teil unbewusst) auf eine vorangegangene Entwicklungsstufe zurück" S. 90

20.3.2.1.4 Verleugnung

"Der Betroffene verleugnet einzelne Realitätsbereiche, erkennt sie in ihrer Bedeutung nicht an." S. 90

20.3.2.1.5 Vermeidung

"Einzelne Triebregungen werden dadurch umgangen, dass Schlüsselreize vermieden werden." S. 90

20.3.2.1.6 Verschiebung

"Ideen und Gefühle zu einer Person, die tabu ist, werden auf eine andere verschoben oder Zusammenhänge ausgeblendet, um dann neue herzustellen. (Zum Beispiel wird die Wut auf den Chef am eigenen Kind ausgelassen.) S. 90

20.3.2.1.7 Verneinung

"Ein Sachverhalt wird negiert, Gefühle und Einstellung verneint. (Zum Beispiel die Liebe für einen bestimmten Menschen)." S. 90

20.3.2.1.8 Projektion

"Eigene Gefühle, Selbstanteile oder psychische Inhalte werden anderen Menschen zugeschrieben. Das kann soweit gehen, dass das Gegenüber soweit beeinflusst wird, dass es die Erwartungshaltung ihm gegenüber tatsächlich erfüllt." S. 90

20.3.2.1.9 Introjektion bzw. Identifikation

"Dieser Abwehrmechanismus soll Angst vor Bedrohungen von außen abwehren. Der Betroffene übernimmt die gefühlten bedrohlichen äußerer Werte, bestimtes Verhalten, Normen, Werte oder Anschauungen […]. So wird keine Bedrohung mehr empfunden (zum Beispiel beim Stockholm-Syndrom)." S.90

20.3.2.1.10 Intellektualisierung

"Konflikte werden abstrahiert und theoretisiert, um sie so emotional fernzuhalten." S. 90

20.3.2.1.11 Rationalisierung

"Handlungen, die möglicherweise kritisch sind, werden rational-logisch erklärt. Gefühlsmäßige Anteile werden unterbewertet oder sogar ignoriert." S. 90

20.3.2.1.12 Sublimierung / Sublimation

"Triebwünsche, die nicht erfüllt werden dürfen oder können, werden durch Ersatzhandlungen ersetzt, die gesellschaftlich höher bewertet werden - und in Folge auch befriedigt (so durch Kunst, Wissenschaft, exzessive Arbeit oder Sport). Sublimierung kann so ein wichtiger Antrieb für die Kulturentwicklung sein." S.90

20.3.2.1.13 Somatisierung

"Ein Konflikt wird nicht in seiner eigenen psychischen Natur erkannt, sondern äußert sich durch körperliche Beschwerden - dies allerdings ohne symbolische Beziehung zu dem speziellen Konflikt." S.90

20.3.2.1.14 Konversion

"Der psychische Konflikt wird auf somatische Symptome übertragen, die dann auch eine symbolische Beziehung zum Konflikt haben." S. 91 https://www.rompc.de/eu/pdf/Somatische_Symptome_in_der_Psychotherapie.pdf

20.3.2.1.15 Affektualisierung

"Der Betroffene dramatisiert ein Ereignis oder Verhalten." S. 91

20.3.2.1.16 Autoaggression

"Der Betroffene richtet agressive Impulse gegen sich selber und nicht gegen die Person, Gegen die sie sich ursprünglich richteten. Sinn ist die Vermeidung eines Konfliktes mit der betroffenen Person." S. 91

20.3.2.1.17 Isolierung

"Ein unerfülbarer Wunsch wird dadurch bewältigt, dass er in entstellter Form befriedigt wird." S. 91

20.3.2.2 Die Methoden

"In der Psychoanalyse nach Freud geht es darum, dass die Klienten in inhaltlich nicht strukturierten Therapiegesprächen spontan und unzensiert Phantasien, Gefühle, Gedanken, Träume und Erinnerungen schildert (assoziiert), wie sie ihm gerade in den Sinn kommen. Der Therapeut ist Beobachter, der die Äußerungen wahrnimmt, versteht und Ursachen von Erkrankungen aufdeckt. Ziel ist […]

eine umfangreiche Umstrukturierung […] der Persönlichkeit und des Gefühlslebens, in denen die Störung entstanden ist." S. 92

"Psychoanalytische Themen sind sehr langfristig angelegt - mindestens 40 bis 80 Stunden bis hin zu 300 Stunden - , dies mehrmals wöchentlich. […] Bei der analytischen Psychotherapie, […] trifft man sich nur ein- bis zweimal wöchentlich. Außerdem gibt es die psychoanalytischen Fokaltherapien, bei denen 20 bis 30 Sitzungen avisiert sind und die oftmals in akuten Krisen oder Beziehungskonflikten thematisch fokussiert angewandt werden." S. 93

20.3.3.1 klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers / non-direktive, bzw. personenzentrierte Psychotherapie

"Diese Form der Therapie findet rein über das Gespräch mit den Klienten in Einzelsitzungen oder auch einem Gruppensetting statt. Der Klient selbst gilt als Experte für sein Leben.

Gleichzeitig wird vorrausgesetzt, dass jeder Mensch ein angeborenes Bedürfnis nach Selbstverwirklichung hat (Aktualisierungstendenz). So trägt der Klient selbst alles für seine Problemlösung Notwendige bei. Hierfür soll die Therapie die Rahmenbedingungen schaffen." S. 93

"Der Therapeut verhält sich dabei in keiner Weise direktiv. Er sorgt nur für optimle Bedingungen. […] in Bezug auf die therapeutische Grundhaltung [bedeutet dies:] positive Wertschätzung durch den Therapeuten [;] Empathie (einfühlsames Verstehen) [;] Kongruenz (Echtheit)". S. 93, S.94

20.3.3.1.1 Ablauf einer Therapiesitzung

"Anhand von Spiegeltechniken gibt der Therapeut dem Klienten immer wieder Rückmeldung zu seinen Äußerungen. (<<Ich habe also richtig verstanden …>>, <<Ich spüre da…>>) und unterstützt ihn bei der Selbstreflektion. […] Ratschläge und Bewertungen sollen während der ganzen Sitzung vermieden werden, sodass der Klient sich frei, ungezwungen und kreativ äußern kann. […] Eine Sitzung dauert 30 bis 50 Minuten und findet ca. einmal die Woche statt." S.94

20.3.3.2 Gestalttherapie

20.3.4 systemische und interpersonelle Therapien (zum Beispiel die Paar- und Familientherapie)

20.3.4.1 Paar- und Familientherapie

"[…] die Systeme Paar und/oder Familie stehen im Mittelpunkt […]. Grundlage ist, dass in beiden Systemen dynamische Wechselbeziehungen bestehen, die auch Auswirkungen auf das

Individuum haben. Umgekehrt haben auch die psychischen Probleme eines einzelnen Auswirkungen auf das gesamte System. Daher finden Familientherapien häufig in der Kinder- und Jugendpsychatrie oder auch in der Behandlung von Anrorexia Nervosa, Schizophrenien oder einer affektiven Störung statt." S. 95

"Ziel ist eine Veränderung der Beziehungen der Individuen untereinander in eine positive Richtung - im Zentrum steht dabei meist die Qualität der Kommunikation, aber auch eine Entwicklung zu besserer Empathie und

besserem Verständnis bis hin zu konkreten Verhaltensänderungen werden angestrebt." S. 95

20.3.4.1.1 Richtungen / Orentierungen

Psychoanalytisch (Stierlin; Böszörményi-Nagy, Richter, Framo):

"Ausgangspunkt ist, dass Erkrankungen im Bereich der Psyche unter anderem durch Beziehungsstrukturen familiärer Art (ggf. sogar aus früheren Generationen) begründbar sind. Daher werden hier die Interaktionen innerhalb der Familie analysiert, ebenso wie die intrapsychischen Abwehrstrukturen der Individuen. In Folge werden unbewusste Prozesse aufgedeckt, die dysfunktional wirken können, wie zum Beispiel die Delegation, bei der ein Kind einen meist unbewussten Auftrag durch seine Eltern bekommt, deren nicht gelebte Wünsche oder Bedürfnisse, zu vollziehen." S. 95

Humanistisch (Haley, Satir, Fry, Watzalwik)

"Bei dieser Richtung steht das Hier und Jetzt im Vordergrund." S. 95

Systemisch (Minuchin, Palazollie, Beteson, Glaserfelds)

"[…] die Familie [wird] als System gesehen […], dass Selbstregulierungsmethoden hat und durch bestimmte Gesetze gesteuert wird, werden, je nach Orientierung, Spielregeln Interaktionen, Sprache, Strukturen und Grenzen aufgedeckt und auch neu gestaltet." S. 95

Kommunikationspsychologisch (Rosenberg)

"Hier werden kommunikatorische Muster in den Beziehungen untereinander betrachtet und ggf. neu trainiert. […] <<gewaltfreie Kommunikation>> oder <<Konfliktmanagement>>." S. 95

Verhaltenstherapeutisch (Hogarty, Falloon)

"[…] Kommunikationstraining über den direkten Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen, der konstruktiven Mitteilung von Wünschen und dem aktiven Zuhören. […] [Es] kann hier ein Problemlösetraining stattfinden, das man gemeinsam erarbeitet. […] auch oft als psychoedukative Familienbetreuung […] wenn ein Mitglied an einer psychischen Krankheit leidet (wie Schizophrenie oder einer bipolaren Störung)." S. 96

Individualpsychologisch (Titze, Ackerknecht)

"[…] Interaktion der einzelnen Gruppenmitglieder, dem Verstehen der einzelnen Bedürfnisse, dem Wiederfinden von Gemeinsamkeiten und der Integration erkrankter Personen in das soziale Ganze." S. 96

Gestalttherapeutisch (Kempler)

"Hier soll die Fähigkeit von Kontakt und Präzenz in den Emotionen gefestigt werden. Im Zentrum stehen die Ausbildung von Aufrichtigkeit, Empathie und Interesse als Basis für neue

Veränderungsprozesse" S. 96

"Auf Basis dieser Richtungen werden die einzelnen Therapien methodisch aufgebaut. Wichtig für den Therapeuten ist, dass er neutral und unparteiisch bleibt, eine direktive und aktive Haltung einnimmt (die Therapie in Griff behält), bestimmte Regeln festgelegt werden, nach positiven Aspekten und Ressourcen gesucht wird." S. 96 Methoden

"

>Joining: Ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Teilnehmern, sodass jeder einen tragfähigen emotionalen Kontakt aufbauen kann.

>Refraiming: Situationen oder Sinn von Ereignissen werden umgedeutet, indem man sie in einen anderen Kontext stellt.

>Arbeiten an Grenzen: Grenzen sollen gezogen werden, damit das familiäre System besser strukturiert ist.

>Zirkuläres Fragen: Der Therapeut fordert die Mitglieder der Gruppe dazu auf, die Beziehungen anderer untereinander zu kommentieren.

>Verschreibungen: Tradiotionelle Verhaltensmuster sollen verändert werden, indem die Gruppe aufgefordert wird, einfach einmal etwas Neues auszuprobieren." S. 96

20.3.5 spezielle Therapien (zum Beispiel Entspannungsverfahren oder Hypnosetherapie)" S. 84

20.3.5.1 Hypnotherapie (Franz Anton Mesmer; James Braid; Sigmund Freud) // moderne Hypnotherapie (Milton Erickson)

"[…] [das] Unterbewusstsein [ist] […] Quelle für Vielzahl an Ressourcen und Kreativität (nicht nur als Ort der verdrängten Inhalte) […] [Erickson] sah eine Chance darin, dass das

Unterbewusstsein in der hypnotischen Trance nicht mehr in seiner Absolutheit vom Bewusstsein kontrolliert würde. Das ermögliche in Folge eine optimale Veränderungsarbeit. […]

Auch heute steht Hypnose für eine effiziente Therapieform zu Arbeit an Blockaden, bestimmten Lebensthemen oder Verhaltensänderungen." S. 97

20.3.5.1.1 Definition Hypnose

"[…] ein Zustand veränderter Bewusstseinslage. […] ausgelöst durch unterschiedliche Methoden - in einer Trance. Durch Suggestionen werden bestimmte Problembereiche angesprochen, analysiert und verändert (zum Beispiel Unruhe, Angst, Blockaden, Schmerz, problematisches Verhalten ect.)

[…] Wichtig in der Hypnotherapie sind Zielfindungen und ein vertrauensvolles Therapeut-Klienten-Verhältnis." S. 97

20.3.5.2 Entspannungsverfahren (Jacobsen)

"Wissenschaftlich Bewiesen sind zum Beispiel die Wirkung von der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen, […] autogenes Training und auch […] Biofeedback. Fantasiereisen sind

eng mit der Hypnosetherapie verbunden und auch Mediation tritt mittlerweile immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. […] Ziel […] körperliche und geistige Anspannung oder Erregtheit zu verinngern. Erreichen möchte man Gelassenheit und Wohlbefinden. Diese geschieht dadurch, dass auf neuronaler Ebene der Parasympathikus aktiviert werden soll, körperlich der Muskeltonus verringert, die Herzfrequenz verlangsamt und der Blutdruck gesenkt werden sollen. Gleichzeitig wirken diese psychischen Prozesse auf die Psyche - und umgekehrt. Bei einzelnen Methoden kann eine tiefe Entspannung eintreten, die mit etwas Übung zu einem immer besseren Körpergefühl führen kann. […] Ziel der meisten Übungen ist, dass diese später auch durch den Klienten durchgeführt werden können." S. 97

Autogenes Training (Johannes H. Schulz)

"[…] autosuggestive Entspannungsmethode, bei der man sich auf den eigenen Körper konzentriert und in durch die Wiederholung von Übungsformeln (zum Beispiel <<Meine Arme sind Schwer. Meine Beine sind schwer.>>) entspannt. Das autogene Training sollte möglichst täglich durchgeführt werden. So kann es bei leichten Ängsten, chronischen Schmerzen, somatoformen Störungen oder Stresssymtomatiken helfen." S. 98

PMR - Progressive Muskelrelaxation

"Durch das An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen in einer systematischen Übungsfolge überträgt sich die Entspannung auf den gesamten Körper und auf die Psyche. […] Indiziert ist diese Methode besonders bei Stresssymptomatiken und Ängsten, aber auch bei leichten depressiven Störungen, Schlafstörungen, chronischen Schmerzsyndromen und somatoformen Störungen." S. 98

Fantasiereisen

http://www.meditationsuebung.de/phantasiereisen_info.html

"[…] können mit der Hypnose verglichen werden, bei der der Klient ebenfalls in einem (wenn auch nicht so tiefen) Zustand der Trance geleitet und dann durch den Therapeuten durch eine Geschichte geleitet werden. Dabei kann einem Erkenntnisprozess gefolgt werden. Meist diesen sie jedoch der Entspannung." S. 98

Biofeedback

"Anwendung findet Biofeedback unter anderem bei Spannungskopfschmerzen, Migräne oder arterieller Hypertonie." S.98 https://www.dgbfb.de/index.php/de/bioundneurofeedback

Meditation

"[…] Achtsamkeitsübung zur Stressreduktion […] zur Verbesserung des Gefühls für den eigenen Körper […] meist benutzt man sie in der Entspannungstherapie in Verbindung mit Fantasiereisen oder zum Beispiel im Anschluss an eine PMR." S. 98

Krisenintervention

"[…] steht für eine schnelle kurzfristige Unterstützung in Krisensituation, sprich einer bedrohlichen Zuspitzung einer Situation. […] Ziel Betroffene professionell

dabei zu unterstützen, diese Krise zu bewältigen. Dazu zählen unter anderem die Telefonseelsorge oder Notfallseelsorge der Kirchen, aber auch spezielle Interventionsteams bei Polizei oder Rettungsdiensten." S. 99 20.6 Soziotherapie, Rehabilitation und Sozialpsychatrie

20.6.1 Einführung Soziotherapie

"[…] steht für alle Therapien, die zusätzlich zu den biologischen und psychotherapeutischen Ansätzen bei psychisch kranken Menschen […] Anwendung finden. […]

Die Patienten sollen auf ihrem Level Anregung erhalten (kognitiver, sozialer und emotionaler Art) und auch Anerkennung erleben. Somit geht es um Training und Motivation." S. 100 eingeübt werden […] oder auch kognitive Fähigkeiten geübt werden (Konzentrationstraining). Die Arbeitstherapie soll auf die Rückkehr ins Arbeitsleben vorbereiten […]. Es geht darum, dem Erkrankten wieder den Alltag näher zu bringen […] Gleichzeitig soll wieder Kontakt mit einem sozialen Umfeld aufgebaut werden." S. 100

20.6.3 Sozialtherapie

"[…] soziale Reintegration des Erkankten. Diese wird vorbereitet, organisiert und begleitet […]. Meist geschiet dies daher auch mit Unterstützung von Sozialarbeitern oder -pädagogen und im Allgemeinen über eine stufenweise Eingliederung in das "normale" Leben." S. 100

20.6.4 Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation

"[…] Strategien zu entwickeln, mit diesen Problemen zurechtzukommen, den Alltag zu bewältigen, in die Berufstätigkeit zurückzukehren, die häuslichen - und

auch familiären - Pflichten wieder aufzunehmen sowie natürlich eine sinnvolle Freizeitgestaltung erleben zu können." S. 100, 101

"[…] wird ambulant bei Fachärtzen oder Psychologen durchgeführt oder stationär (oder teilstationär) in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, bzw. in einer psychosomatischen Reha-Klinik." S. 101

"Dabei fährt man mehrgleisig unter Berücksichtigung mehrer Maßnahmen. So zum Beispiel: physische Therapien, Medikamentation, Psychotherapie, psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Sozialberatung, Berufliche Rehabilitation, Soziale Rehabilitation." S. 101

21. Psychoedukation

"[…] geht es darum, Betroffene - und Angehörige - mit Wissen über die betreffende Krankheit zu versorgen. […] Wichtig ist, dass die Informationen verständlich sind. Nur so können Unsicherheiten reduziert und Vertrauen geschaffen werden. Gleichzeitig erleichert die Psychoedukation, eine Diagnose zu akzeptieren, eine Erkrankung zu enstigmatisieren, sich aktiv am Heilungsprozess zu beteiligen, Ressourcen kennenzulernen - und auch Rückfällen vorzubeugen." S. 102

22. Psychopharmakalogie

"[…] Substanzen, die über die Einwirkung auf das zentrale Nervensystem eine Wirkung auf die Psyche und/oder das Bewusstsein haben. […] unterschiedliche Gruppen […] Antidepressiva; Stimmungsstabilisierer (Phasenprophylaktika); Antipsychotika (Neuroleptika); Anxiolytika und Hypnotika; Antidementiva; Psychostimulanzien." S. 103

22.1 Antidepressiva

"Antidepressiva wirken auf verschiedenen Ebenen. Auf der Enzym- bzw. Transportebene ging und geht man davon aus, dass depressive Sydrome unter anderem durch einen Mangel an Serotonin und/oder Noradrenalin -und auch ein paar anderen Bitenstoffen - entstehen. Antidepressiva sorgen nun dafür, dass diese dort länger zur Verfügung stehen, wo sie benötigt werden. Sie hemmen die Wiederaufnahme in ihre Speicher, blocken ihren Abbau und/oder erhöhen die Ausschüttung." S. 104

22.2 Phasenprophylaktika

"Stimmungsstabilisierer […] dienen bei affektiven oder schizioaktiven Störungen im Kampf gegen die depressiven und/oder manischen Stimmungsschwankungen." S. 107

22.3 Antipsychotika (Neuroleptika)

"[…] haben die Hauptaufgabe antipsychotisch zu wirken. Das bedeutet, dass sie zum einen dämpfend bei psychomotorischer Erregtheit wirken und so möglichem agressiven Verhalten entgegenwirken, zum anderen sie Sinnestäuschungen psychotischer Art, Wahndenken aber auch katatonen Symptomen und Ich-Störungen entgegen." S. 110

22.5 Anxiolytika und Hypnotika

"[…] Subsanzen die angst- und spannungslösend sind, Hypnotika (bzw. Sedativa oder Transquilizer) dienen dahingehend als Schlafmittel." S. 112

22.3 Benzodiazepine

"[…] sind angstlösend (anxiolytisch) und affektiv entspannend, sedierend und schlaffördernd, muskelentspannend, entkrampfend. Meist werden sie zur akuten Behandlung von Angst- und Erregungszutänden (zum Beispiel bei

Schizophrenie oder Manie), bei suizidalen depressiven Patienten oder auch bei Depressiven, die ängstlich-agierend sind, bei Stupor oder Mutismus oder auch kurzzeitig bei Schlafstörungen." S. 113

22.4 Barbiturate

"[…] Heutzutage werden sie meist bei Epilepsie oder zur Narkoseeinleitung genutzt." S. 114

22.5 Antidementiva

"[…] werden bei Hirnleistungsstörungen zur Verbesserung von Aufmerksamkeit […] [und] Gedächtnis eingesetzt - sprich, hauptsächlich bei einer Demenz. Dabei können sie jedoch nur verzögernd, nicht heilend wirken." S. 115

22.6 Psychostimulanzien

"[…] wirken anregend, antriebsstimulierend und können kurzfristig konzentrations- und leistungssteigernd [sein]. Oft werden sie als Drogen konsumiert, können aber auch therapeutisch eingesetzt werden […]." S. 116

23. Biologische Therapieformen

"Die wichtigsten Methoden sind […] Schlafentzugstherapie; Lichttherapie; Elektrokonvulsionstherapie […] [Elektrokrampftherapie EKT]; Psychochirurgie; Körper-/Sporttherapie" S. 119

"[…] Schlafentzugstherapie wird oftmals bei depressiven Symptomen bei einem stationären Aufenthalt eingesetzt. […] Ziel ist eine Stimmungsaufhellung, die auch bei 50 bis 60% der

Patienten tatsächlich erreicht wird. […] Unterstützt wird diese Therapie meist durch die Gabe von Psychopharmaka." S. 119

"[…] Lichttherapie findet meist meist bei seisonalen Depressionen Anwendung. Eine Lampe simuliert per hellem, weißen Licht […] das Tageslicht." S. 120

"[…] [Elektrokrampftherapie] […] findet […] meist bei wahnhaften Patienten und auch jenen, die an therapieressistenten Depressionen leiden - außerdem bei therapieresistenten Manien oder Katatonien im Rahmen einer Schizophrenie. […] Im Rahmen einer Narkose wird durch elektrische Impulse ein Krampfanfall im Gehirn ausgelöst. […] man […] [vermutet], dass die Krampfanfälle die Ausschüttung von Neurotransmittern und Neurohormonen anregen oder die Krämpfe regenerative Prozesse im Nervengewebe anstoßen." S. 120

"[…] [Psychochirurgie] chirurgische Eingriffe im Gehirn, meist bei Schizophrenie oder auch bei schweren Zwangsstörungen, bei Parkinson, Tourette oder auch Epillepsie." S. 121

" […] [Körper- /Sporttherapie] [durch] körperliche Betätigung [kann] sich sehr positiv auf die Vorbeugung, Rehabilitation und Verbesserung des Wohlbefindens bei psychischen

Störungen auswirken. Dabei wird der Patient nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene angesprochen und aktiviert." S. 122

24. Rechtliche Grundlagen

24.1 Schweigepflicht

"Wer Menschen therapiert, bzw. einem Heilberuf nachgeht, unterliegt der Schweigepflicht. Das bedeutet, dass aööes, was unter vier Augen besprochen wird, auch dort verbleiben soll - es sei denn, man wird durch den Patienten von der Schweigepflicht entbunden. Hält man sich nicht daran, drohen eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder eine

Geldstrafe. Die Schweigepflicht muss somit sehr ernst genommen werden. Denn selbst Gespräche mit Angehörigen dürfen, wenn der Patient entscheidungsfähig ist, nur nach einer Entbindung der Schweigepflicht geschehen. Übringens gilt das auch bei Gerichts- und Ermittlungsverfahren, hier hat ein Therapeut aufgrund der Schweigepflicht ein

Zeugnisverweigerungsrecht. Ausnahmen sind Eigen- und Fremdgefährdung, die nur durch den Bruch der Schweigepflicht abwendbar sind […]" S. 135

7.9 Patientenrecht / Pflichten des Heilpraktikers (Psychotherapie)

"

> Umfassende Aufklärung und umfangreiche Information zur Behandlung (Diagnose, Behandlung, Risiken, etwaige Alternativen).

> Genaue Aufklärung der zu erwartenden Behandlungskosten - möglichst schriftlich […]

> Aufklärung über ewtaige Kostenerstattungsprobleme

> Mündliche Aufklärung […] zur bevorstehenden Behandlung […] rechtzeitig vor Behandlungsbeginn.

> Durch den Patienten (oder sein Vertreter) unterzeichnete Dokumente müssen Ihm in Kopie zur Verfügung gestellt werden.

> Verständliche Dokumentation von Behandlungen und Möglichkeit der Einsicht in die Akte auf Seite des Patienten. > Stärkung der Patientenrechte bei "groben" Behandlungsfehlern.

> Aufklärung der Patienten bei Annahme eines Behandlungsfehlers (jedoch nur zur genauen Art und Weise). > Delegation an Hilfspersonal nur nach vorheriger Einverständniserklärung durch den Patienten." S. 136

25. Organische, einschließlich somatische, psychische Störungen (ICD-10: F0)

"Organische psychische Störungen basieren auf einer definierten Hirnerkrankung. Meist verursacht diese den Verlust kognitiver Fähigkeiten, Orientierungsstörungen, Affektlabilität und/oder Affektinkontinenz. Sie sind teilweise schwierig als organisch bedingt zu erkennen, da diese teilweise Störungsbilder, die nichtorganisch verursacht sind, <<Vortäuschen>> können." S. 138

25.1 Demenz

"Demenzielle Syndrome umfassen den Verlust von Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen der menschlichen Psyche […] [und] muss zur Diagnose mindestens sechs Monate bestehen : > Störung des Gedächtnisses

> Beeinträchtigung von mindestens einem neuropsychologischen Teilbereich (Orientierung, Sprachverständnis, Lesen, Schreiben oder Rechnen) > eine alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung

25.2 Demenz-Tests / Demenz-Screening Test > Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit

> Uhren-Zeichen-Test

http://videos.vitapublic.de/video/krankheiten-symptome/demenz/frueherkennung/uhrentest/492/vn_demenz_frueherkennung_uhrentest_490x276_416.mp4 http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/demenz-alzheimer/diagnose/video-uhrentest

> Mini-Mental-Status-Test http://www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de/media/formulare/Mini-Mental-Status-Test.pdf

Vgl.S. 140

"Schwierig ist besonders, dass viele Betroffene in der Frühphase Symptome aus Angst und Stolz - auch dem Arzt gegenüber - verleugnen oder überspielen. So ist eine frühzeitige Intervention oft nicht möglich." S. 142

25.2 Organisches amnestisches Syndrom [Korsakow Syndrom] (ICD-10: F04)

"[…] äußert ich durch schwere Beeinträchtigungen sowohl des Kurz- als auch des Langzeitgedächtnisses. Das Immediatgedächtnis [Ultrakurzzeitgedächtnis/sensorisches Gedächtnis] bleibt weitgehend erhalten." S. 152

26. Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10: F06)

"[…] [In dieser Konstellation entstehen] oftmals therapeutische Probleme, da die Gefahr besteht, dass das organische Problem nicht direkt erkannt wird. Daher sollte bei der Anamnese der zu vermutenden Erkrankung eine organsiche Ursache per Testverfahren ausgeschlossen (oder bestätigt) werden." S. 155

27. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10: F07)

"Aufgrund einer Krankheit, bzw. Funktionsstörung oder Schädigung des Gehirns kann es auch zu einer Persönlichkeitsveränderung oder auch Störung des Verhaltens kommen. Diese können unterschiedlicher Art sein." S. 158

28. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) (ICD-10: F07)

"Das ICD-10 nutzt jedoch auch weiterhin den Begriff <<Abhängigkeit>> mit dem Abhängigkeitssyndrom als tatsächlichen Krankheitsbegriff." S. 161 "Dabei definiert das Verzeichnis Abhängigkeit, wenn drei der folgenden Punkte erfüllt werden:

> starker Wunsch, ja Zwang, nach dem Konsum psychotroper Substanzen

> Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit, wen es um den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums geht

> Bei Beendigung oder auch Reduktion des Konsums entsteht ein körperliches Entzugssyndrom

> Es entsteht eine Toleranzentwicklung der Substanz gegenüber, bei der die Dosis der Substanz immer weiter erhöht werden muss, damit kein Entzugssyndrom eintritt

> Andere Vergnügungen oder Interessen werden zunehmend für den Konsum der Substanz vernachlässigt, bzw. es entsteht ein erhöhter Zeitaufwand, [sich] die Substanz zu verschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen.

> Die Substanz wird auch weiter konsumiert, wenn schädliche Folgen nachgewiesen werden." S. 161

"Man unterscheidet zudem die psychische Abhängigkeit, bei der ein unwiderstehliches starkes Verlangen nach der Substanz entsteht (Craving) und die körperliche Abhängigkeit, bei der bei einem Entzug starke körperliche Symptome auftreten." S. 161

28.1 Warum wird der Mensch abhängig ?

"[…] die Entstehung einer Abhängigkeit [ist] von mehreren Faktoren abhängig [.] […] von genetischen Faktoren, dem Verhalten und Lernen […] [Neurotransmitter-System], dem sozialen Umfeld mit seiner Verfügbarkeit von Drogen, dem Verhalten Gleichaltriger sowie der Gesetzteslage. Auch soziale Normen und auch Traditionen spielen eine Rolle, ebenso wie andere bereits bestehende psychische Erkrankungen." S.162

28.2 Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10)

"[…] Elvin Morton Jellineck […] Entwickelte vier Phasen, deren einzelne Elemente zeitlich jeweils sechs bis zwölf Jahre durchlaufen.

Prähalkoholische Phase

> Es werden mäßige Alkoholmengen zum Spannungsabbau getrunken.

> Die Alkoholtoleranz ist bereits erhöht.

> Ein Alkoholkonsum findet beinahe täglich statt.

Prodomalphase

>Die Toleranz und somit der Alkoholkonsum erhöhen sich weiter

>Der Betroffene trinkt heimlich und spielt seinen Alkoholkonsum herunter. Außerdem leidet er unter Schuldgefühlen

>Die Gedanken kreisen ständig um das Thema Alkohol

>Es werden Alkoholvorräte angelegt

>Der Betroffene leidet teilweise bereits an amnestischen Lücken bezüglich der Geschehenisse während des Trinkens

Kritische Phase

>Es besteht eine hohe psychische Abhängigkeit

>Es beginnen Kontrollverlust und eine Wesensveränderung (Reizbarkeit, Affektlabilität und Interessensverlust)

>Es kommt zu Problemen in der Famiie und dem Beruf

>Es wird bereits morgens getrunken und es gibt nur kurze Phasen der Abstinenz

>Der Alkoholkonsum wird bagatellisiert und dissimuliert

>Angebotene Hilfe wird agelehnt

Chronische Phase

>Es kommt zu längeren, tagelangen völlig situationsunabhängigen Räuschen

>Es kommt zu morgendlichen Entzugserscheinungen

>Es treten somatische Komplikationen auf

>Es kommt zu Alkoholpsychosen, Prädelirien, ggf. auch pathologische Räusche." S. 163, S. 164

[Siehe auch Alkoholikertypen nach Jellinek: http://www.suchtkrankenhilfe-schwaigern.de/info/alkohol/5trinkertypen/]

28.2.1 Alkoholdelir / Delirium tremens (ICD-10: F10.4)

"[…] ist eine lebensbedrohliche Komplikation, die entweder (selten) als Kontinuitätsdelir aus dem Trinken heraus entsteht, oder ein bis vier Tage nach einem Entzug über Nacht auftreten kann. […] Das Alkoholdelir kann in eine Wernicke-Enzephalopathie oder ein Korsakow-Syndrom übergehen." S.166

Siehe bei Interesse auch weitere Störungen wie: Eifersuchtswahn; Alkoholhalluzinose; Korsakow-Syndrom (Gedächtnisstörung); Wernicke-Enzephalopathie." S. 168

28.3 Störungen durch Opiate (ICD-10: F11) siehe S. 169

28.4 Störungen durch Cannabinoide (ICD-10: F12) siehe S. 171

28.5 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13)

"Besonders infolge von diversen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und chronischen Schmerzsyndromen kann es zu einer Abhängigkeit von den ursprünglich als Medikamenten verabreichten Stoffen kommen. […] Allgemein kommt es bei den Sedativa und Hypnotika sowohl zu einer körperlichen, als auch psychischen Abhängigkeit. […] Umso wichtiger ist bei Vergabe dieser Medikamente eine genaue Überwachung der weiteren Verwendung. Kommt es zu einem Entzug, so kann auch dieser schnell lebensbedrohlich werden, sodass er auf jeden Fall genau überwacht werden muss." S. 173

28.6 Störungen durch Kokain und sonstigen Stimulanzien (ICD-10: F14) S. 176

28.7 Störungen durch Halluzinogene (ICD-10: F16) S. 177

28.8 Störungen durch Tabak (ICD-10: F17) S. 178

28.9 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (ICD-10: F18) S. 179

28.10 Polytoxikomanie / Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und dem Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (ICD-10: F19)

"Werden mehrere Substanzen aus mindestens drei unterschiedlichen Kategorien über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten zur gleichen Zeit genommen, spricht man von einer

Polytoxikomanie. […] Ursache ist meist eine nicht konsequente Verfügbarkeit einer Substanz oder wenn ein Stoff gegen die Nebenwirkungen des anderen eingesetzt wird. (Stimulanzien zum Beispiel gegen den Hangover am nächsten Morgen.)" S. 180

29. Mögliche Therapieformen

"Therapeutisch geht man bei einer Abhängigkeit von vier Phasen aus:

1. Kontaktphase […]

2. Entzugsphase […]

3. Entwöhnungsphase […]

4. Nachsorgephase" S. 181

1. Kontaktphase

> über niederschwellige Angebote

> Aufbau der Krankheitseinsicht

> Informationsvermittlung und Aufklärung

> Aufbau von Eigen-Motivation zum Entzug

> Patient Erkennen lassen durch aufbau von Angst vor Sanktionen wie z.B. Verlust von Arbeitsplatz oder Partner > Entwurf eines Therapieplans

Vgl. S. 181

2. Entzugsphase

>"Absetzen der Substanz und Entgiften des Körpers bis zur komplettenn Abstinenz - häufig stationär." S. 181

>"Psychofarmaka zum Beispiel Clomethiazol (bei Alkohol) oder Doxepin (bei Opiaten) [dienen] zur Linderung der Entzugserscheinungen" S. 181

3. Entwöhnungsphase

"In einer Spezialklinik werden weiterführende Therapien zur Unterstützung und zur Prävention eines Rückfalls eingesetzt (Psychotherapie, Rehabilitation)." S. 181

4. Nachsorgephase

"[…] soll der Zustand des Betroffenen stabilisiert werden. […] Anzuraten ist hier die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und auch Einzeltherapie." S. 181

30. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10: F2)

30.1 Schizophrenie (ICD-10: F20) / Psychiater Eugen Bleuler und Kurt Schneider

"[…] ist eine psychische Erkrankung, die massiven Einfluss auf das Erleben und Wahrnehmung der Umwelt, das Denken und Fühlen und das eigene Verhalten hat. Zentral kann man von einem Bestehen abnormer Erlebnis- und Empfindungswelten sprechen. Die Realität wird uminterpretiert." S. 183

30.1.1 Ätiologie / Ursache / Symptome

"[…] ist noch nicht endgültig geklärt. […] multifaktorielle endogene (körperliche) Ursache […] was allerdings immernochnicht bewiesen ist. Eine familiäre Häufung von Schizohrenien lässt zumindest als einen möglichen Faktor für einige Erkrankungen eine genetische Prädisposition vermuten." S. 183

Grundsymptome nach Eugen Bleuler:

">Assoziationslockerung (formale Denkstörungen, bei denen zum Beispiel Neoglismen [neue Wörter] erfunden/gebildet werden)

>Affektstörung (zum Beispiel Parathymie [der Ausdruck eines Gefühls ist ganz anders als das Gefühlte selbst)

>Autismus (Selbstausschluss aus der Gemeinschaft bis hin zu Mutismus [psychogenes Schweigen] oder Stupor [Starrezustand des Körpers])

>Ambivalenz [Zwiespältigkeit, Widersprüchlichkeit]" S. 184

Akzessorische Symptome nach Eugen Bleuer: "

>Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen) >Inhaltliche Denkstörungen (Wahn)

>Katatone Störungen (Störungen des Antriebs und der Motorik - zum Beispiel starker Bewegungsdrang, Unruhe, Selbst- und Fremdagression, Manierismen [bizarr aussehende, verzerrte, verschnörkelte Bewegungsabläufe, die an dieser Stelle unsinnig erscheinen] oder auch Stupor, Negativismus, Katalepsie[Zustand des Verharrens in einer starren Körperhaltung], Haltungsstereotypen)" S. 184

Symptome ersten Ranges nach Kurt Schneider

"

>Stimmen (dialogisch oder kommentierend)

>Gedankenlautwerden

>Leibliche Beeinflussungserlebnisse (das Gefühl, gegen den eigenen Willen zum Beispiel berührt, bestrahlt oder verändert zu werden)

>Gedankeneingebungen, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung (Ich-Störungen)

>Wahnwahrnehmungen (realen Wahrnehmungen wird eine wahnhafte Bedeutung beigemessen)" S. 184

Symptome zweiten Ranges nach Kurt Schneider "

>Sonstige Halluzinationen (optisch, gustatorisch, olfaktorisch, takti)

>Zönäthesien, die aber nicht von außen gemacht sind (man nimmt zum Beispiel seine Extremitäten vergrößert oder verkleinert wahr) >Wahneinfall (zum Beispiel Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn)" S. 184, 185

30.1.2 Diagnose / Verlauf / Prognose einer Schizophrenie nach F20

"[…] wenn keine pathologischen hirnorganischen / organischen Befunde bestehen und die Symptome seit länger als einem Monat bestehen." S. 185

Folgende Kriterien müssen erfüllt werden:

Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppe 1 bis 4 "

1. Ich-Störungen (Gedankeneingebung, -entzug, -ausbreitung oder -lautwerden)
2. Inhaltliche Denkstörungen (Wahrnehmungen, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten)
3. Akustische Hallozinationen (dialogisch, kommentierend)
4. Anhaltender Wahn - kulturell unangemessen oder unrealistisch" S. 185

Mindestens zwei Symptome der Gruppe 5 bis 9 "

5. Anhaltende Halluzinationen unabhängig aus welchem Sinnesbereich
6. Formale Denkstörungen - Gedankenabreißen oder Störungen im Gedankenfluss mit der Folge von Vorbeireden, Zerfahrenheit oder Neoglismen (Wortneubildungen)

7. Katatone Symptome

8. Negativsymptomatik wie zum Beispiel Sprachverarmung, Apathie, flacher oder inadäquater Affekt, sozialer Rückzug und verringerte soziale Leistungsfähigkeit

9. eindeutige durchgängige Verhaltensänderungen mit Folgen wie Trägheit, Ziellosigkeit, Verlorenheit in sich sozialer Rückzug." S. 185

"Dabei können die Verlaufsformen unterschiedlich sein:

>vielphasig

>schubförmig

>rezidiv (mündet meist in eine Depression)

>gradlinig hin zu einer typisch schizophrenen Denkstörung" S. 185

30.1.3 Phasen einer Schizophrenie Abbildung aus S. 186

30.1.4 Unterformen der Schizophrenie

30.1.4.1 Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

"[…] zeichnet sich durch ein wahnhaft-hallozinatorisches Erleben ergänzt durch Ich-Störungen aus." S. 187

30.1.4.2 Hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1)

"[…] zeichnet sich durch Affekt-, Antriebs- und Denkstörung aus und lässt sich oftmals gut über die heitere-läppische Grundstimmung mit distanzlosem Verhalten erkennen." S. 187

30.1.4.3 Katatone Schizophrenie (ICD-10: F20.2)

"[…] zeichnet sich hauptsächlich durch psychosomatische Symptome aus." S. 188

30.1.4.4 Undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10: F20.3)

"Kann eine Schizophrenie nicht einer anderen Subform zugeordnet werden, stellt man die Diagnose der <<undifferenzierten Schizophrenie>> S. 188

30.1.4.5 Postschizophrene Depression (ICD-10: F20.4)

"Nach einer akuten Schizophrenie kann es bis zu zwölf Monate später zu einer postschizophrenen Depression kommen. Hier sind noch ein bis zwei schizophrene Symptome vorhanden, ansonsten bestehen depressive Symptome, die zur genauen Diagnose mindestens zwei Wochen bestehen müssen." S. 189

30.1.4.6 Schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5)

"Ist in der Vergangenheit bereits mindestens ein psychostisches Zustandsbild aufgetreten, das einer Schizophrenie entsprach und zeigten sich in den letzten Zwölf Monaten starke Negativsymptome, so spricht man von einem schizophrenen Residuum. Dies bedeutet, dass die Schizophrenie einen chronischen Verlauf angenommen hat." S. 189

30.1.4.7 Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6)

"[…] ist relativ schwer zu erkennen, da sie anfänglich recht symptomschwach ist. So bleiben Betroffene zunächst häufig unauffällig. Erst langsam, aber konsequent, bildet sich eine ausgeprägte

Negativsymptomatik aus." S. 189

30.1.4.8 Sonstige Schizophrenie: Zönästhetische Schizophrenie (ICD-10: F20.8)

"[…] die Betroffenen [erleben] massive Körpermissempfindungen und Halluzinationen. Der Betroffene leidet unter merkwürdigen, bizarren

Leibesempfindungen (Schrumpfen von Extremitäten, Bewegungen von Organen, Temperaturempfindungen)" S.190

30.2 Schizotype Störung (ICD-10: F21)

"[…] zeichnet sich durch ein eigentümliches Verhalten sowie Misstrauen aus. Betroffene sind oft übersensibel und haben Probleme mit engen persönlichen Beziehungen. Nach außen hin erscheinen sie oft gleichgültig und unzulänglich. Außerdem sind Denken und Wahrnehmung oftmals verzerrt. Sie katapultieren sich dadurch gesellschaftlich ins Abseits, werden aber gelegentlich auch durch ihr schrulliges und exentrisches Verhalten als interessant angesehen." S. 191

30.3 Anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22)

"[…] einzelne Wahnideen oder sogar Wahninhalte, die ein ganzes System bilden. Dabei sind sie nicht unglaubhaft, sondern sind für Außenstehende sogar gut nachvollziehbar." S. 192

30.4 Akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23)

"[…] zeichnen sich durch einen akuten Beginn von längstens zwei Wochen in Folge einer aktuten Belastung mit schnell wechselnden Symptomen wie Wahnvorstellungen, Wahrnehmungsstörungen und Verhaltensstörungen aus, aber auch Rastlosigkeit, Verwirrtheit oder Desorientiertheit. Dabei kann das Erscheinungsbild von Tag zu Tag - manchmal auch noch schneller - wechseln. Maximal

30.5 Induzierte wahnhafte Störung (ICD-10: F24)

"Manchmal kann es passieren, dass zunächst gesunde Menschen die wahnhaften Überzeugungen eines anderen erkrankten Menschen übernehmen. Vorraussetzung ist eine emotional sehr enge Beziehung, wie es bei Partnern, Eltern, sehr engen Freunden oder auch Geschwistern, ggf. auch bei einer Sekte,

der Fall ist, vor allem, wenn sie zudem von anderen sozialen Kontakten isoliert sind.

[…] Inhaltlich sind dies häufig Wahnideen mit religiösen Inhalten, Größen- oder Verfolgungswahn. Nach einer Trennung fällt auch zumeist sofort der Wahninhalt weg." S. 194

30.6 Schizoaffektive Störung (ICD-10: F25)

"[…] ist eine psychische Störung bei der sich die Symptome der Schizophrenie mit einer affektiven Störung (manisch, depressiv oder manisch-depressiv) vereint.

"So leiden die Betroffenen […] sowohl unter Symptomen des schizophrenen Formenkreises, wie Wahn oder Halluzination, als auch an jenen der affektiven Störung. Dabei muss die affektive Störung das Krankheitsbild beherrschen.

So unterscheidet man auch:

> schizioaffektive Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)

> schizioaffektive Störung, gegenwärtig depressive (F25.1)

> gemischte schizioaffektive Störung (F25.2)" S. 195

30.7 Mögliche Therapieformen

"[…] Psychopharmaka, hauptsächlich Neuroleptika - sowohl, wenn es um die Akutbehandlung als auch die Langzeittherapie geht. Ergänzt wird zumeist um eine Psychotherapie und eine Soziotherapie. […] Ein akuter Ausbruch wird stationär behandelt." S. 196

"Psychotherapeutisch gehören kognitive Trainingsverfahren, Familientherapie und Angehörigenarbeit zum Konzept. Soziotherapeutisch arbeitet man stark mit Ergotherapie und spezifischen

Rehabilitationsprogrammen, wie Arbeitstherapie. Als günstig zeigt sich auch die Unterbringung in Tagesstätten, betreuten Wohneinrichtungen und eine Ergänzung durch Selbsthilfegruppen." S. 197

31. Affektive Störungen (ICD-10: F3) / Unipolare Depression als häufigste Erkrankungsform - gefolgt von bipolarer affektiven Störung

"Die affektiven Störungen zeichnen sich durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung aus. Diese kann, wie bei der Manie, übertrieben gehoben und erregt oder auch, wie bei der Depression sehr stark gedrückt und gehemmt sein. Häufig passiert das episodisch, unterbrochen mit "normalen" Phasen oder auch anhaltend. Gleichzeitig können sie auch bipolar verlaufen (depressive und mahnische Formen im Wechsel)." S. 199

"Betroffen sind dabei nicht nur die Stimmung, sondern auch der Antrieb, die vegetativen Funktionen, das formale sowie inhaltliche Denken und die soziale Interaktion." S. 199

"Problematisch ist vorallem die hohe Suizidrate bei Erkrankten mit unipolarer Depression." S. 199

31.1 Ursachen

"[…] eine genetisch bedingte Verletzlichkeit und/oder biografisch bedingte Vorbelastung (Verlust und Trennung vor allem von der Mutter), die zusammen mit äußeren oder auch biologischen Faktoren den Weg für eine affektive Störung ebnet." S. 199

"Finale äußere auslösende Faktoren können psychosoziale Stressoren sein (wie ein traumatisches Erleben oder Einsamkeit) oder somatische Stressoren (wie

31.1.1 psychosoziale Stressoren (Finaler äußerer Faktor)

Durch z.B. "ein traumatisches Erleben oder Einsamkeit" S.200

31.1.2 somatische Stressoren

"wie körperliche Erkrankungen oder bestimmte Medikamente" S. 200

31.1.3 Biologische Ursachen

Bei "zu geringer (bei Depression) oder zu hoher (bei der Manie) Pegel an den Botenstoffen Noradrenalin oder Serotonin sein. Außerdem kann eine hormonelle Kortisol-Störung vorliegen." S.200

31.1.4 Typus Melancholicus

"[…] zeichnet sich durch einen starken Ordnungssinn - persönlicher und sachlicher Art - aus. Er ist bescheiden und akkurat und hat vor allem an sich hohe Ansprüche. Er neigt zu aufopfernden Verhalten mit Drang zu hohen eigenen Leistungen - will jedoch auch Anerkenung und Wertschätzung erleben." S.199

31.2 kognitives Depressionsmodell nach Aaron T. Beck

"Seine Theorie besagt, dass Depressionen durch verzerrte depressionstypische Kognitionen ausgelöst werden. Das entstandene System besteht aus Denkfehlern, bei denen die Umwelt und mögliches zukünftiges Geschehen im Mittelpunkt stehen. Dabei werden zum Beispiel Geschehenisse unangebracht negativ verallgemeinert, positive Aspekte ausgeblendet (selektive Verallgemeinerung) oder negativ Erlebtes dem eigenen Verhalten zugeschrieben (Selbstatrrtibution). Dadurch entsteht eine Verzerrte Selbstwahrnehmung. Der Betroffene erlebt Enttäuschungen und emfpindet Ablehnung. Es folgt, dass Wahrnehmung und Erfahrung als Bestätigung für die depressive Grundhaltung angesehen werden, was wiederum den Teufelskreis schließt." S. 200

31.3 Modell der gelernten Hilfslosigkeit nach Martin E. P. Seligman und Seven F. Maier

"Diese Hilfslosigkeit entsteht, wenn Betroffene negative Erfahrungen machen, die sie - und auch andere (internale Attributation) - nicht beeinflussen können. Wenn sich dann diese Erfahrungen durch bestimmte Erlebnisse immer wieder wiederholen, fühlt sich der Betroffene als habe er diese selbst verschuldet. Er empfindet sich als Versager, was zu einer Verminderung seines Selbstwertgefühls führen kann. Das wiederum lässt ihn resignieren und schließlich in eine Depression fallen." S. 200

31.4 Manische Episode

"Bei der Manie erleben Betroffene eine (unbegründete) intensive gehobene Stimmungslage. Meist sind sie äußerst aktiv. Ihr Denken ist sprunghaft und unstet." S. 201

31.4.1 Leitsymptome der Manie

"

>Euphorische Stimmungslage, die auch schnell in Reizbarkeit und Agression umschwenken kann >Antriebssteigerung

>Beschleunigter Gedankengang bis hin zur Ideenflucht" S. 201

31.4.2 Weitere Symptome der Manie

"

>Kein Krankheitsgefühl vorhanden, geringe Kritikfähigkeit, vermindertes Fremdwertgefühl

>Selbstüberschätzung, Größenwahn und Größenideen >Logorrhö (gesteigerter Rededrang)

>Starke Ablenkbarkeit und Anregbarkeit

>Starke Vitalgefühle, Reduzierung des Schlafbedürfnisses (meist ohne Leidensdruck), Steigerung der Libido" S. 201

31.4.3 Hypomanie (F30.0)

"[…] ist nur eine leicht ausgeprägte Manie, allerdings anhaltend und doch auffallend. […] der Betroffene fühlt sich wohl und leistungsfähig. Gleichzeitig neigt er jedoch zu Reizbarkeit und flegelhaften Verhalten. Geselligkeit und Libido sind gesteigert - bis hin zu übermäßiger Vertraulichkeit. Häufig ist das Schlafbündnis vermindert, Konzentration und Aufmerksamkeit sind gestört. Die Fähigkeit, sich zu entspannen und zu erholen geht verloren. Der Betroffene neigt zu mutigen Unternehmungen und zu übertriebenen Geldausgaben, allerdings ist die sonstige Lebensführung kaum beeinträchtigt. Ein Wahn ist nicht vorhanden." S. 201

31.4.4 Manie OHNE psychotische Symptome (F30.1)

Die "Stimmung [ist] unangebracht gehoben und pendelt zwischen sorgenfreier Heiterkeit und unkontrollierter Erregung. Der Antrieb ist erhöht […] ausgeprägten Rededrang, Größenideen, vermindertem Schlafbedürfnis und ausgeprägtem Optimismus […] die soziale und berufliche Funktionsfähigkeit [ist] fast vollständig unterbrochen […]." S. 201

31.4.5 Manie MIT psychotische Symptome (F30.2)

Hier "münden Selbstüberschätzung und Größenideen in einen Wahn - häufig einen Verfolgungswahn oder Größenwahn. […] Hohe Aktivität und Erregung können zu Gewalttätigkeiten führen. Betroffene sind häufig verwahrlost und vernachlässigen die Nahrungsaufnahme. Abgegrenzt werden muss diese Form der Manie von der Schizophrenie." S. 202

31.4.6 Therapiemethoden bei manischen Episoden

"Der Betroffene ist meist nicht krankheitseinsichtig. So ist man häufig gezwungen, stationär - auch gegen den Willen des Betroffenen - zu behandeln. Dafür spricht auch, dass hier eine Abschirmung gegen Außenreize stattfinden muss." S. 212

>Psychopharmakatherapie

>Psychotherapie "oftmals schwierig, da […] die Krankheitseinsicht fehlt" S. 212

>Psychoeducation "das Erkennen von Früh-Symptomen" und das Entwickeln von Strategien, einem Rezidiv gegenzusteuern. Auch hier kann die Einbindung der Angehörigen güstig sein." S. 212

Vgl. S.212

32. Depressive Episode (ICD-10: F32)

"Typisch sind […] verfrühtes morgendliches Erwachen mit einem Morgentief, Störungen der Libido, Missempfindungen des Körpers (zum Beispiel Druckgefühl in der Brust oder im Magen), depressive

Wahnideen (mit den Themen Schuld, Versündigung, Verarmung, Kleinheit/Nichtigkeit oder auch hypochondrischer Wahn), sehr selten Wahrnehmungsstörungen in Form von aktustischen Halluzinationen (vorwurfsvolle Stimmen)." S. 203

Formen

>leichte depressive Episode (F32.0)

>mittelgradige depressive Episode (F32.1)

>schwere depressive Episode OHNE psychosomatischen Symptome (F32.2)

>schwere depressive Episode MIT psychosomatischen Symptome (F32.3) Vgl. S.203

Unterformen

>atypische Depression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>gehemmten Depression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>larvierten Depression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>spätdepression (F32.8 [sonstige depressive Episoden])

>saisonale Depression (F38.11)

>Rezidivierende kurze depressive Störungen (F38.10) Vgl. S. 204, 205

32.1 Therapiemethoden bei depressiven Episoden

1. Psychopharmakatherapie
2. Psychotherapie
3. Schlafentzugstherapie
4. Lichttherapie
5. EKT-Therapie
6. Entspannungsverfahren Vgl. S. 210 - 212

33. Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31) - siehe auch F31.0 bis F31.8 auf S. 206

Hier "wechseln sich depressive […] und manische […] Phasen ab. Sie beginnen abrupt. Die manischen Phasen halten zwischen zwei Wochen und fünf Monaten an (durchschnittlich vier Monate), die depressiven Phasen durchschnittlich sechs Monate." S. 206

"Die bipolare affektive Störung ist zum einen besonders schwierig, da der Krankheitsbeginn häufig im frühen Erwachsenenalter liegt, einer Phase der Selbstendeckung, und sie zum anderen zu einem Teufelskreis führen kann." S. 206

"Das heißt, in manischen Phasen ist der Betroffene übereuphorisch, überschätzt sich und stößt dadurch oft auf Ablehnung - was wiederum negative Denkmuster aktiviert. Das wiederum kann zu feindseligem Verhalten führen und auch negativ auf depressive Phasen wirken. Da zudem hier oft zwischen den Phasen der Stimmungsschwankungen bestehen, werden soziale Kontakte und das berufliche Leben immer schwieriger." S. 206

33.1 Therapiemethoden bei bipolaren Episoden

"[…] hier besteht immer die Gefahr eines <<Switch>> auf die gegenteilige Symptomatik. Das gilt besonders für die Gabe von trizyklischen Antidepressiva bei einer depressiven Episode, die leicht zu einer manischen Phase führen können." S. 213

>Psychopharmakatherapie

>Psychotherapie

Vgl. S. 213

34. Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) - siehe auch F33.0 bis F33.4 auf S. 207

"[…] nach einer überstandenen Erkrankungs- und folgender Ruhephase [kehren] […] [die Phasen einer depressiven Störung wieder zurück]. […] Auslösende Faktoren für ein solches Rezidiv sind meist belastende Lebensereignisse." S. 207

35. Anhaltende affektive Störung (ICD-10: F34)

35.1 Zyklothymia (ICD-10: F34.0)

"[…] leichte bipolare Störung, die mindestens zwei Jahre anhält, wobei die Stimmung fast andauernd instabil ist, unabhängig von Lebensereignissen, und sich durch eine Vielzahl an Episoden auszeichnet. […]

Meist wird sie jedoch wegen ihrer schwachen Ausprägung nicht erkannt und führt bei Betroffenen zu keinem - aus ihrer Sicht - behandlungsbedürftigen Krankheitsempfinden." S. 208

35.2 Dysthymia (ICD-10: F34.1)

"[…] chronische - mindestens seit zwei Jahren bestehende - depressive Störung leichterer Art. […] Betroffene […] fühlen sich immer wieder monatelang depressiv und müde, klagen und grübeln, können aber ihr alltägliches Leben weiterhin gut bewältigen." S. 208

35.3 Mögliche Therapieformen bei affektiven Störungen

"Die Therapie muss immer individuell an den Patienten und seine Erkrankung angepasst werden. […] man [beginnt] zunächst mit einer Akutbehandlung, wechselt nach dem Abklingen der Symptome zur

Erhaltungstherapie und beginnt schließlich die Rezidivprophylaxe." S. 209

36. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4)

"

[36.1] >Phobische Störung (F40)

[36.2] >sonstige Angststörung (F41)

[36.3] >Zwangsstörung (F42)

[36.4]>Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

[36.5]>Dissoziative Störungen (F44)

[36. 6]>Somatoforme Störungen (F45)

[36.7] >Sonstige neurotische Störungen >Mögliche Therapieformen" S. 215

36.1 Phobische Störungen (ICD-10: F40) - "bewirkt nun, dass all diese Reaktionen [Angst, Ausschüttung von Stresshormonen, erhöhung des Herzschlags, S chweisausbruch, schnellerer und flacherer Atem] auftreten, ohne dass jedoch eine tatsächliche Gefahr besteht." S. 216

"Normalerweise nützt uns Angst, da sie uns vor Gefahr warnt und entsprechende Maßnahmen ergreifen lässt. Dabei laufen vielfältige Mechanismen auf emotionaler - aber vor allem auch auf kognitiver, vegetativer und motorischer Ebene ab. Zentrale Steuerung ist dabei der Sympatikus als Teil des vegetativen Nervensystems. Es werden Stresshormone ausgeschüttet, unser Herzschlag erhöht sich, Schweiß bricht aus, die Atmung wird schneller und flacher. Unsere Aufmerksamkeit ist ganz auf die kritische Situation gerichtet." S. 216

"Dabei ist sie [die Angst] absolut zielgerichtet und bezieht sich auf bestimmte Objekte und Situationen, die in Folge voller Angst ertragen oder gemieden werden. Zwar weiß der Betroffene im Allgemeinen rational, dass diese Angst unbegründbar ist, aber wird vollkommen von ihr überwältigt. Sie kann von Ihrer Ausprägung her von einem leichten Unbehagen bis hin zu einer schweren Panikreaktion gehen. Schon die Erwartung einer bestimmten Situation kann zu einer Angstreaktion führen." S. 216

36.1.1 Arten von Phobien

36.1.1.1 Agoraphobie (F40.0) / ohne Angabe einer Panikstörung (F40.00) und <<mit Panikstörung>> (F41.01) "

> Angst vor großen Plätzen oder Menschenansammlungen, Reisen mit großer Entfernung, Reisen alleine. (Zur Diagnose müssen mindestens zwei Punkte zutreffen). >Bedrohlich emfpundene Situationen werden gemieden, meist wird im Verlauf nicht mehr das Haus verlassen." S. 216

36.1.1.2 Soziale Phobien (F40.1)

Beginnen meist bereits in der Jugend und "beziehen sich hauptsächlich auf das empfinden von Furcht vor prüfender Betrachtung sowie negativer Bewertung durch das menschliche Umfeld oder der Angst, sich zu blamieren. In solchen Situationen treten Symptome wie Zittern, Erröten oder Erbrechen auf. Diese Situationen werden, wann immer möglich, vermieden." S. 216

36.1.1.3 Spezifische Phobien (F40.2)

"richten sich immer auf spezielle Objekte und Situationen, die, wann immer möglich, vermieden werden. Sie sind meist in der Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter entstanden und können über Jahrzehnte sehr hartnäckig bestehen bleiben." S. 216

36.1.1.3.1 Arten Spezifischer Phobien

"

>Klaustrophobie - Angst vor engen und/oder verschlossenen Räumen

>Akarophopbie - Angst vor Insektenstichen, bzw. Infektionen

>Arachnophobie - Angst vor Spinnen

>Heamatophobie - Angst vor Blut

>Aktrophobie - Höhenangst" S.217

36.2 Sonstige Angststörungen (ICD-10: F41)

"[…] nicht zielgerichtet auf ein Objekt oder eine Situation, sondern treten völlig ohne einen sachlichen Stimulus auf. (Auch wenn parallel zusätzlich phobische Störungen auftreten können.

Die Angst kann sich dabei durch ein <<Angstgefühl>> ausdrücken, aber auch durch die bekannten vegetativen und kognitiven Symptome." S. 218

36.2.1 Panikstörung (ICD-10: F41.0)

"[…] Angst […] in Form einer plötzlichen Attacke […]. Diese Panikattacken sind weder durch ein besteimmtes Objekt noch durch eine bestimmte Situation ausgelöst und treten völlig unerwartet auf.

Das Angstgefühl selbst ist dabei außerordentlich intensiv und überwältigend." S. 218

36.2.1.1 Symptome

>Herzrasen

>Zittern

>Schweißausbrüche

>Schwächegefühl

>Schwindelgefühl

>Atemnotsgefühl

>Globusgefühl - Klos im Hals

>Hyperventilieren

>"Empfinden, im nächsten Moment katastrophale Konsequenzen für den Körper zu erleben (sterben, ersticken, einen Herzanfall erleiden, ohnmächtig werden, ausflippen, toben)" S. 218 >Umgebung erscheint häufig unwirklich Vgl. S. 218 "Meist erreichen die Attacken nach zehn Minuten ihren Höhepunkt und dauern um die 30 Minuten, können aber auch bis zu zwei Stunden andauern. […] [Es] entsteht bei den Betroffenen die dauerhafte Sorge (Erwartungsangst), jederzeit wieder eine solche Attacke zu erleiden, was zu einem schwerwiegenden Vermeidungsverhalten mit sozialem Rückzug und tiefster Verzweiflung, bzw. einer fatalen Abwärtsspirale von Wahrnehmung körperlicher Empfindungen,

Bewertungen […], Angst auf emotionaler Ebene, physiologischen Stressreaktionen und schließlich wieder körperlichen Empfindungen führen kann." S.218

36.2.2 Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)

"[…] hält das Gefühl der Ängstlichkeit seit mindestens einem halben Jahr dauerhaft an, ohne dass sie sich auf bestimmte Objekte oder Situationen bezieht - sprich, sie ist <<frei flottierend>>. Meist beginnt diese

Erkrankung in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter, gelegentlich erst bei Personen um die 40." S. 219

"Ständig bedrängen ihn Vorahnungen und verschiedenste Sorgen. Betroffene grübeln befürchten, machen sich Sorgen." S. 219

"Diagnostisch ist die generalisierte Angststörung schwer zu packen, da ihre Symptomeauch bei Depressionen, Suchterkrankungen, Zwangsstörungen ect. auftreten können. Im Grunde kann sie nur diagnostiziert werden, wenn andere Krankheitsbilder ausgeschlossen sind." S. 219

36.2.2.1 Symptome der generalisierten Angststörung

>dauerhafte motorische Spannung

>vegetative Überregbarkeit

>ständige Nervosität und Muskelspannung

>zittern

>schwizten

>Schwindelgefühle >Herzklopfen

>Magenschmerzen

>Globusgefühl (Klos im Hals) Vgl. S. 219

36.2.3 Angst und depressive Störung (leicht oder mittelgradig) gemischt (ICD-10: F41.2)

Beide Störungsformen also Angst und die depressive Störung müssen "gleichermaßen einen Platz einnehmen […] zumindestens vorübergehend […] [müssen] vegetative Symptome, wie Herzklopfen, Tremor, Magenbeschwerden ect. [auftreten]." S. 219

36.2.4 Andere gemischte Angststörungen (ICD-10: F41.3)

"Diese Diagnose kann gestellt werden, wenn die Kriterien der generalisierten Angststörung zutreffen und andere deutliche Merkmale von Störungen aus den Kapiteln F40 bis F48 auftreten, aber diese nicht vollkommen erfüllen." S. 219

36.3 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)

"[…] sich immer wieder aufdrängende Handlungen […] und Gedanken […]. Ein normaler Alltag ist so im Allgemeinen nicht mehr zu bewältigen, soziale Kontakte brechen ab, die eigene Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt. Der Betroffene ist fast nonstop stereotyp mit Themen wie dem Streben nach Symmetrie, Gesundheit, Sauberkeit, […] Sexualität oder Agressivität beschäftigt." S.220

"Diese Gedanken und Handlungen werden, obwohl aus dem eigenen Inneren kommend, als unangenehm, belastend und quälend emfpunden, der Betroffene versucht - ohne Erfolg - Widerstand zu leisten, er empfindet sich als krank, führt aber seine Rituale weiter fort." S.220

"Obwohl zum Beispiel Zwangshandlungen als sinnlos und nicht förderlich angesehen werden, besteht doch die Befürchtung, dass etwas <<ganz Furchtbares>> geschieht, wenn Sie NICHT durchgeführt werden.

Wird versucht, die Handlungen zu unterdrücken, entstehen Angst, Unruhe und Anspannung." S. 220

"Für die Diagnose müssen die Symptome der Zwangsgedanken oder -handlungen seit mindestens zwei Wochen bestehen." S. 220

"Meist leiden an Zwangsstörungen Erkrankte zugleich an depressiven Störungen, umgekehrt können auch an deiner depressiven Störung Erkrankte Zwangsstörungen entwickeln." S.220 "Zwangsstörungen bedürfen einer Therapie, da sie unbehandelt im Allgemeinen chronisch werden." S. 221

36.3.1 Zwangsgedanken oder Grübelzwang (ICD-10: F42.0)

"[…] immer wiederkehrende Ideen, Zwangsimpulse oder bildhafte Vorstellungen […] die für den Betroffenen außerordentlich quälend sind. […] Betroffene empfinden dies als äußerst quälend und beängstigend, häufig auch moralisch verwerflich. Es gelingt aber, trotz des verzweifelten Versuchs, nicht, diese Gedanken beiseite zu schieben. Meist entwickeln sich hieraus Rituale, die die Gedanken stoppen sollen." S. 211

"Äußerst störend und einschränkend kann auch der Zwang zum Grübeln sein, verbunden mit der Unfähigkeit, wichtige Entscheidungen zu treffen." S. 221

36.3.2 Zwangshandlungen (Zwangsrituale) (ICD-10: F42.1)

"Der Betroffene befürchtet, dass wenn diese Rituale nicht durchgeführt werden […] [eine Gehfahr drohe]. Diese soll durch die zwanghaften Handlungen - die manchmal Stundenlang dauern - abgewendet werden. Das soziale Umfeld wird meist in die Handlungen mit einbezogen, was auf Dauer zu sozialer Isolation führen kann." S. 221

36.3.3 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10: F42.1)

"Diese Form der Erkrankung kommt am häufigsten vor. Hier vermischen sich Gedanken und Handlungen zu gleichen Teilen und bedingen einander." S. 221

36.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43)

36.4.1 Trauma

"ein Ereignis, das katastrophal oder zumindest äußerst belastend erlebt wurde. Es hat zumeist lebensbedrohliche und/oder äußerst schmerzhafte Charakteristika (zum Beispiel Vergewaltigung, Folter, Naturkarastrophen oder auch das Beobachten eines gewaltsamen Sterbens." S. 222

36.4.2 Kritisches Lebensereignis

"ein Geschehen, das den Lebensentwurf eines Menschen bedroht oder einschneidende Veränderungen bringt (zum Beispiel Trennung, Tod eines wichtigen Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes)" S. 222

36.4.3 Biografische Übergänge

"über einen längeren Zeitraum vorhersehbare Ergebnisse, die deutliche Veränderungen im Leben bringen (zum Beispiel Heirat, Verlassen des Elternhauses oder eine völlig neue Arbeitsstelle)." S. 222

"Allen Ereignissen gleich ist, dass äußere Faktoren wichtige Veränderungen im Leben der Betroffenen bringen. Das kann akut geschehen oder über einen längere Zeitraum hinweg." S.222

36.4.4 Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)

Jene treten "wenige Minuten bis zu einer Stunde nach einem äußerst belastenden Ereignis" aus. Meist klingt sie auch wieder relativ schnell innerhalb 48 Stunden ab."

36.4.4 .1 Symptome einer akuten Belastungsreaktion

"

>Betäubung mit innerer Leere

>Depression, Ärger, Angst, Verzweiflung

>Antriebsminderung mit Rückzug

>motorische Unruhe mit Fluchttendenzen

>überhöhtem Herzschlag, Schwitzen

>ggf. Suizidgedanken/-handlungen

>möglicherweise Amnesie in Bezug auf das belastende Ereignis." S. 223

"Wichtig: Zur Diagnose darf es die besagten Symptome im Vorfeld nicht gegeben haben, sondern sie dürfen erst im zeitlichen Zusammenhang mit dem belastenden Ereignis aufgetreten sein." S. 223

36.4.1.2 Mögliche Therapieformen

"Es reicht häufig aus, beruhigend auf den Betroffenen einzuwirken, ihn ggf. vom Ort des Geschehens […] [eine Distanz zu schaffen]. Besteht eine Fremd- oder Eigengefährdung, kann eine stationäre Krisenintervention notwendig sein. Ansonsten hilft es <<da zu sein>>, emotionale Entlastung zu bieten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Ggf. kann eine kognitive Psychotherapie, eine Gesprächspsychotherapie oder eine psychodynamische Kurzzeittherapie helfen." S. 223

36.4.5 Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) "dauert bis zu sechs Monate an und kann in eine depressive Episode übergehen." S.223

Bei einer Einschneidend "als subjektiv auswegslos emfpundene Lebensveränderung, die aktut aufgetreten ist oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckt hat (Trennung, Tod, verändertes kulturelles Lebensumfeld, schwere körperliche Erkrankung, Arbeitsplatz- und

Schulprobleme) […] [kann eine Anpassungsstörung beim Betroffenen in Erscheinung treten]" S. 223

Dadurch entsteht "eine starke emotionale Beeinträchtigung. Der Leidensdruck ist enorm, so dass der Alltag teilweise nur äußerst schwer bewältigt werden kann." S. 223

Diesen Text noch zuordnen (Verutscht) andersartige psychische Erkrankungen jedoch ausgeschlossen werden können. Die Realitätswahrnehmung der Betroffenen ist zum größten Teil vorhanden, die Störung selbst wird dabei als krankhaft emfpunden.

36.4.5 .1 Symptome einer Anpassungstörung "

>depressive Stimmung

>Beorgnis, Angst

>Gefühl der Überforderung

>Gefühl des Nicht-Zurechtkommens

>Hilflosigkeit

>Gefühl der Ausweglosigkeit

>Reizbarkeit/Agressivität

>Anspannung

>Störungen des Sozialverhaltens

>überhöhter Herzschlag

>Zittern

>Schlafstörungen

>muskuläre Anspannung

>Bei Kindern: Einnässen, Daumenlutschen, Babysprache

>Suizidgedanken/-impulse/-handlungen

36.4.5 .2 Unterteilung der Anpassungsstörung

"

>F43.20 - kurze depressive Reaktion (nicht länger als einen Monat)

>F43.21 - längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Monate)

>F43.22 - Angst und depressive Reaktion gemischt (jedoch nicht stärker ausgeprägt als F41.2 oder F41.3)

>F43.23 - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (affektive Symptome Einässen, Daumenlutschen, Babyprache bei Kindern)

>F43.24 - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens

>F43.25 - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlenn und Sozialverhalten

>F43.28 - Anpassungsstörung mit sonstigen näher bezeichneten Symptomen

>F43.29 - nicht näher bezeichnete Anpassungsströrung" S. 223, 224

36.4.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-10: F43.1)

"[…] kann nach einer äußerst schweren - individuell erlebten - traumatisierenden Belastung, Verletzung, Katastrophe oder Bedrohung, wie Folter, Krieg oder Vergewaltigung auftreten - dies allerdings verzögert aber innerhalb eines halben Jahres nach dem Geschehen." S. 224 "[…] ist äußerst quällend und schränkt das gesamte Leben ein. Oft stoßen die Betroffenen zusätzlich auf Unverständnis in

ihrer Umgebung. Häufig entwickeln sich depressive Syndrome oder Abhängigkeiten von Alkohol oder Benzodiazepin-Präparaten die die Anspannung reduzieren sollen." S.225

36.4.6.1 Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung "

><<Flashbacks>> - Nachhallerinnerungen

> Nächtliche Albträume - Aufwachsen unter panischer Angst

>Bestimmte Situationen, Bilder oder Worte werden vermieden, die an das Geschehen erinnern könnten.

>Gefühl der Gefühlslosigkeit, des emotionalen Abgestumpft-Seins

>Gefühl des <<nicht mehr-dazu-Gehörens>>

>sozialer Rückzug - Entfremdung und Isolation von wichtigen Bezugspersonen

>agressives Verhalten

>Unfähigkeit, bestimmte Situationen aushalten zu können (Arbeitsplatz, Familie) >deprimierter Blick in die Zukunft

>Schuldgefühle

>Selbstvorwürfe

>Grübeln

>Überlebensschuld

>vegetative Überregtheit (Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche)

>Kozentrationsschwierigkeiten

>Gefühl, ständig "auf der Hut" sein zu müssen

>Schlafstörungen

>Schreckhaftigkeit

>Achtung! Es besteht ein hohes Suizid-Risiko " S. 224, 225

36.4.6.2 Mögliche Therapieformen

>kognitiv-behavioralen Psychotherapie

>psychodynamische Verfahren

>Pharmakatherapie

>EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitizatio and Reprocessing)" S. 225

36.4.6.2.1 EMDR-Therapie

"Hier erinnert sich der Patient an die Geschehenisse und die verbundenen Emotionen und Kognitionen des Traumas, während er Augen auf den Finger des Therapeuten fixiert. […] [Der Finger des Therapeuten bewegt er] schnell und regelmäßig während der Erzählung hin und her."

S.225

36.5 Dissoziative Störungen (ICD-10: F44)

"[…] zeichnen sich durch einen kompletten oder auch teilweisen Verlust der sogenannten integrierten Funktion des Bewusstseins oder des Gedächtnisses aus - von Identität, Erinnerung oder auch der Bewegungskontrolle. Alle - oder Teile - dieser Inhalte sind abgespalten und können nicht mehr in das eigene Erfahren und Erleben eingebunden werden. Meist geschieht dies ganz plötzlich als Abwehrmechanismus nach einem einschneidenden traumatisierenden Erlebnis, im Zusammenhang mit unerträglichen unlösbaren Konflikten oder im Rahmen von gestörten

Beziehungen." S. 226

"Als Ursache müssen für die Diagnostik andere neurologische, organische oder auch psychiatrische Erkrankungen ausgeschlossen werden, die ähnliche Symptome aufweisen, wie zum Beispiel Suchterkrankungen, Schizophrenien,

eine Angststörung, affektive Störungen, PTBS, eine akute Belastungsreaktion oder auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung." S. 226

36.5.1 Symptome von dissoziativen Störungen

>Lähmungen

>Krampfanfälle

>Amnesien

>Trancezustände Vgl. S. 226

36.5.2 Auswirkungen von dissoziativen Störungen

>"teilweise ein außerordentliches Leidenspotenzial" S. 226

>"ausgeprägte psychosoziale Konsequenzen im Privat- und Berufseben." S.226

>"agressive Impulse und Suizidalität" S. 226

36.5.3 Mögliche Therapieformen

> "Phänomene sind schwer zu packen." S. 226

> "Psychopharmaka können ggf. punktuell eingesetzt werden (bei Angst und Schlafstörungen), haben ansonsten jedoch kaum Wirkung." S. 226 > "Psychotherapeutisch können die Betroffenen schwer angesprochen werden." S. 226

> "Psychodeucativ tätig werden" & "Auf Ursachensuche gehen" S. 226

> "kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch" S. 226

> "Gut sprechen Betroffene auch auf gruppentherapeutische Konzepte an." S. 226

36.5.4 Unterformen

36.5.4.1 Dissoziative Amnesie (IDC-10: F44.0)

> "Gedächtnisverlust bezüglich vergangener Ereignisse rund um ein erlebtes traumatisches Geschehen." S. 227

> "Länge und Vollständigkeit können dabei variieren, gehen aber weit über eine übliche Vergesslichkeit hinaus." S. 227 > "Häufig sind die Betroffenen ratlos, gequält, suchen Aufmerksamkeit." S. 227

> "Gelegentlich wandern sie ziellos ein/zwei Tage umher." S. 227

> "Meist trifft dieses Phänomen junge Erwachsene." S. 227

36.5.4.2 Dissoziative Fugue (IDC-10: F44.1)

Der Betroffene verlässt "plötzlich, aber absolut zielgerichtet und organisiert sein übliches Umfeld. Ziel ist häufig ein Ort, mit dem er eine emotionale Bindung hat. […] Sämtliche Beziehnungen werden abgebrochen, es wird gelegentlich sogar eine neue Identität angenommen. [...]

[Obwohl keinerlei Erinnerung] an die Vergangenheit vorhanden ist, kann der Betroffene problemlos alle nowendigen Handlungen durchführen, [und] ist für seine Umgebung vollkommen unauffällig." S. 227

36.5.4.3 Dissoziativer Stupor (IDC-10: F44.2)

> "Einschränkung der normalen Reaktion auf äußere Reize." S. 227

> "Teilnahmslosigkeit und fehlende Ansprechbarkeit." S.227

>"scheint ganz nach innen gerichtet zu sein." S. 227

>"häufig in Zusammenhang mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder auch Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs." S.227

36.5.4.4 Trance- und Besessenheitszustände (IDC-10: F44.3)

> "verliert der Betroffene für eine gewisse Zeit seine Identität" S. 227

> "die Wahrnehmung der Umgebung ist meist eingeschränkt." S. 227

> "Mimik und Gestik sind reduziert und monoton" S. 227

> "Ausgeschlossen aus dieser Diagnose sind übrigens freiwillig herbeigeführte Trancezustände wie in religiösen Ritualen" S. 227

36.5.4.5 Dissoziative Bewegungsstörungen (IDC-10: F44.4)

> "zeigen sich durch Lähmungserscheinungen oder Schwäche in einzelnen Körperpartien." S. 228

> "Dabei kann die Koordination gestört sein (Ataxie)" S. 228

> "kann unfähig sein zu stehen (Atasie)" S. 228

> "[kann unfähig sein] ohne Hilfe zu gehen (Abasie)" S.228

> "Gelegentlich […] Schütteln [ausgeprägt] von Körperteilen" S.228

> "Stimmverlust, bzw. Sprechstörungen" S.228

36.5.4.6 Dissoziative Krampfanfälle (IDC-10: F44.5)

> Es kommt zu "plötzlichen, unerwarteten, heftigen krampfartigen Bewegungen." S. 228 > "Üblich sind auch sogenannte Synkopen (Ohnmachtsanfälle)" S. 228

36.5.4.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (IDC-10: F44.6)

>"Gefühllosigkeit oder Empfindungsstörungen in Hautarealen bestimmter Körperteile oder auch des gesamten Körpers" S. 228

>"Sinneswahrnehmung (Sehen, Hören oder Riechen) [werden] als eingeschränkt oder völlig fehlend ([…] Taubheit, Blindheit, Tunnelsehen, Verlust des Geruchs)" beschrieben. S. 228

36.5.4.7 Gemischte dissoziative Störungen (IDC-10: F44.7)

>"wenn sensorische und motorische Phänomene zur gleichen Zeit auftreten." S. 228

36.5.4.8 sonstige dissoziative Störungen (IDC-10: F44.8) | multiple Persönlichkeit, Ganser-Syndrom

36.5.4.8.1 Multiple Persönlichkeit

"Niemals treten diese Persönlichkeiten gemeinsam auf, sondern nur separiert, keine Persönlichkeit hat Einfluss auf die andere. Wechseln sich die Persönlichkeiten ab, so kann das recht schnell geschehen. Ursächlich sollen schwerste Traumata in der Kindheit sein." S. 229

"Die Wissenschaft streitet noch darüber, ob es soetwas wie eine <<multiple Persönlichkeitsstörung>> tatsächlich existiert" S. 229

36.5.4.8.2 Ganser-Syndrom / Vorbeiantworten (nach Sigbert Josef Maria Ganser) "systematisch, demonstrativ und provokativ" S. 229

http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_ganser.pdf

"wenn sich Täuschungsversuche durch besonders groteske seelische Besonderheiten und Fehlhandlungen auszeichnen." S. 1 aus PDF Datei "Das Ganser-Syndrom ist ein eigenar[ges Phänomen des Vorbei-Redens, Vorbei-Handelns und Nicht-wissen-Wollens"S. 2 in PDF Datei

"Fragen allereinfachster Art, die ihnen vorgelegt wurden, vermochten nicht rich[g beantwortet zu werden, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgaben, dass sie den Sinn der Fragen ziemlich erfasst ha\en." S. 3

36.6 Somatoforme Störungen ICD-10: F45

"[…] dauerhafte Auftreten körperlicher Beschwerden, die jedoch keinerlei pysische Ursachen haben. Die Betroffenen beharren, auch nach umfangreichen Untersuchungen, auf ihrem Gefühl, körperlich erkrankt zu sein und fordern zumeist weitere medizinische Untersuchungen. Die Gedanken kreisen meist nur noch um die vermeintliche Erkrankung, soziale Kontakte werden zunehmend beeinträchtigt. Die Möglichkeit einer psychischen Ursache schieben sie weit von sich. […] Meist tritt diese Störung in Folge einer vorübergehenden körperlichen Erkrankung und auch von kritischen Lebensereignissen oder Konfliktsituation auf. S. 230

36.6.1 Subtypen somatoformer Störungen "

>[36.6.1.1] Somatisierungsstörung (F45.0)

>[36.6.1.2] Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)

>[36.6.1.3] Hypochondrische Störung (F45.2)

>[36.6.1.4] Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

>[36.6.1.5] Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)" S. 231

36.6.1.1 Somatisierungsstörung (F45.0)

"[…] seit mindestens zwei Jahren [bestehen] verschiedene Körpersymtome, für die sich trotz intensiver Diagnostik bei wechselnden Ärtzten keine körperliche Ursache findet." S. 231

"Dabei treten mindestens sechs Symptome aus mindestens zwei der im Folgenden beschriebenen Gruppen auf: >Kardiovaskülär: Brustschmerzen, Atemlosigkeit (ohne Anstrengung)

>Gastrointensial: Übelkeit, Bauchschmerzen, Gefühl von Blähungen, Erbrechen, häufiger Durchfall, extrem belegte Zunge oder schlechter Geschmack im Mund

>Haut und Schmerzen: Farbveränderungen oder Fleckigkeit der Haut, Schmerzen in Gliedern, Gelenken oder Extremitäten, Taubheit oder Kribbelgefühle > Urgogenital: Häufiges oder gehemmtes Urinieren, quälende Gefühle im Genitalbereich, verstärkter oder ungewöhnlicher vaginaler Ausfluss." S. 231

36.6.1.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)

"[…] bestehen aber umfangreiche körperliche Beschwerden, für die es keine somatische Ursache gibt [und bestehen jene noch nicht zwei volle Jahre], so spricht man von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung." S. 231

36.6.1.3 Hypochondrische Störung (F45.2)

"[…] der Betroffene [ist] seit über einem halben Jahr der Überzeugung, an einer schweren körperlichen Krankheit, wie zum Beispiel AIDS oder Krebs, erkrankt zu sein, auch wenn zahlreiche umfangreiche Untersuchungen das nicht bestätigen können. Zunächst ist der Betroffene erleichtert, schnell zweifelt er diese Ergebnisse jedoch wieder an und er lässt sich erneut untersuchen. Dabei kennt er sich selbt mit den befürchteten Krankheiten und den dazugehörigen körperlichen Beschwerden hervorragend aus, ist ausgesprochen medizinisch informiert." S. 232

36.6.1.3.1 Dysmorphophobi als eine Variante von hypochondrischen Störungen

"[…] bei dem ein vermeindlicher <<Schönheitsfehler>> besteht (krumme Nase, dicker Bauch), der im Zentrum seiner ungeteilten Aufmerksamkeit steht, obwohl er von der Umgebung nicht als Schönheitsfehler eingestuft wird. Trotzdem fühlt sich der Betroffene missgebildet und entstellt." S. 232

36.6.1.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

"[…] vielfältige hartnäckige und störende Symptome [werden] verpürt, die auf eine vegetative Erregung hindeuten, zum Beispiel Herzrasen, erhöhter Harndrang, Magenbeschwerden, Mundtrockenheit, Hitzewallungen ect. […] Typisch sind auch die Beschreibungen von fließenden

Schmerzen, Schwere, Brennen, Enge, Aufblähung, Auseinanderziehen." S.232

36.6.1.4.1 Betroffene Systeme

"

>Kardiovaskulär (zum Beispiel "Herzneurose", Da-Casta-Syndrom)

>Oberer Gastrointestinaltrakt (zum Beispiel Luftschlucken "Magenneurose")

>Unterer Gastrointestinaltrakt (Durchfall, Flatulenz)

>Respiratorisch (Hyperventilation)

>Urogenital (zum Beipspiel gesteigerter oder gehemmter Harndrang)" S. 232

36.6.1.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

"[…] kann diagnostiziert werden, wenn seit über sechs Monaten an einem Großteil der Tage ein belastender und anhaltender Schmerz besteht, der nicht

durch pysische Faktoren ausreichend erklärt werden kann. Dabei liegt schließlich der gedankliche Hauptfokus des Betroffenen auf diesem Schmerz, den sie gleichzeitig nutzen, um Betreuung, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Tatsächlich besteht diagnostisch ein Zusammenhang mit emotionalen und psychosozialen Konflikten." S. 233

36.7 Sonstige neurotische Störungen ICD-10: F48

"Die Ursachen für diese Erkrankungsformen sind noch nicht geklärt. Vermutet werden belastende Lebensereignisse, Konflikte, körperliche Erkrankungen und/oder eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur." S. 234

36.7.1 Neurasthenie (ICD-10: F48.0)

"Die Ursachen für diese Erkrankungsformen sind noch nicht geklärt. Vermutet werden belastende Lebensereignisse, Konflikte, körperliche Erkrankungen und/oder eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur." S. 234

36.7.1.1 Chronic Fatigue Syndrom

"[…] eine dauerhafte Müdigkeit inklusive einer leichten Ermüdbarkeit […]" S. 234

36.7.1.2 Multiple Chemical Sensitivity

"bei der sich die Symptome auf körperliche Störungen fokussieren. Es treten Nahrungsmittelunverträglichkeiten auf, neurologische Beschwerden, aber auch eine übermäßige Geruchsempfindlichkeit. Die Betroffenen vermuten selbst zumeist die Ursache in Umweltfaktoren

(zum Beispiel Elektrosmog oder Umweltgifte)" S. 234

36.7.1.3 Fibromylgie-Syndrom

"klagen Betroffene über Schmerzen, die zunächst lokal zu spüren sind, sich aber im Verlauf ausbreiten. Meist handelt es sich um Schmerzen in den Sehnenansätzen und Muskel, aber auch an 18 sogenannten "Tender Points" (den Hauptschmerzpunkten unseres Körpers)." S. 234

36.7.2 Depersonalisations- und Derelisationssyndrom (ICD-10: F48.1)

"[…] die eigene Person oder auch die Umgebung [erscheint] fremd, entfernt, verändert, künstlich. […] annormal, losgelöst […] oder dass ihnen ihr Denken und Empfinden fremd erscheint." S. 234 "[…] mit anderen psychischen Erkrankungen wie depressiven Episoden, Schizophrenie oder Panikstörungen [tritt dieses Syndrom meist auf]." S. 235

36.7.3 sonstige neurotische Störungen (ICD-10: F48.8)

"[…] Mischung von Störungen von Verhalten, Emotionen und Überzeugnungen." S. 235

36.7.4 Angehörigenarbeit

"Nützlich kann auch in vielen Fällen eine Angehörigenarbeit sein, dies vor allem in psychodeukativer Richtung. Eine Aufklärung über eine Erkrankung eines einem nahestehenden Menschen du Hinweis über den richtigen Umgang der Erkrankung kann vieles von der Belastung des

Sozialen Umfeldes nehmen." S. 239

37. Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10: F5)

37.1 Ess-Störungen (ICD-10: F50)

"[…] nicht-organisch oder durch andere psychische Erkrankungen ausgelöste Krankheitsbilder handelt, bei denen sich die Gedankenwelt um die Angst, dick zu werden oder zu sein dreht, das Essverhalten abnorme Formen animmt, sowie Störungen der Körperwahrnehmung und sowie weitere Folgen auf das psychische Empfinden zentrale Themen sind. Daher überschneiden sich die Krankheitsbilder auch öfter einmal oder aus der einen Störung entwickelt sich eine andere." S. 241

37.1.1 Anorexie (ICD-10: F50.0/F50.1)

"[…] einen bewusst herbeigeführten hohen Gewichtsverlust. Die Betroffenen sind auffallend dünn […] und empfinden sich trotzdem, wenn auch objektiv untergewichtig, als immernoch zu dick. Der Körper wird als Feind angesehen, alle Bedürfnisse werden verdrängt. [...] Die Betroffenen glauben, dass alle ihre Probleme gelöst seien, wenn sie nur dünn wären. Schwierig für die Umwelt ist vor allem, dass die […] körperlichen Probleme durch den Mangelzustand durch die Betroffenen verleugnet werden." S. 242

"Die Themen <<Essen>>, <<Kalorien>> und <<Abnehmen>> stehen im Mittelpunkt des Denkens. Die Betroffenen ziehen sich immer mehr zurück, können depressiv werden, Angst- oder Zwangsymptome können folgen. Diese Form des Abmagerns kann sehr schnell lebensbedrohlich werden." S. 242

"Die Betroffen wollen nicht nur dünn, sondern auch erfolgreich in Schule und Beruf sein. Andere Lebensbereiche, wie Körperpflege, Ordnung, das Sammeln oder Kontrollieren können zwanghaft werden. Sie stellen hohe Ansprüche an sich - und andere." S. 242

37.1.1.1 Mögliche Ursachen der Anorexie

"[…] multifaktorielles Geschehen […] mit einem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren.

>Familienstruktur […] [z.B.] Bedürfnisse und Gefühle [dürfen] nicht geäußert werden

>Soziokulturelle Faktoren (Schönheitsideal in der Gesellschaft, Selbtwerterleben nur durch körperliche Attraktivität. Leistungsdruck)

>Lernprozesse (Verlerntes Gefühl von Hunger und Sättigung, Anerkennung bei einer Gewichtsabnahme)

>Dysfunktionale Kognitionen/unbewusste Konflikte (irrationale Denkprinzipien, unbewusste Konflikte […]

>Biologische Faktoren (genetische Prädisposition, möglicherweise eine zentrale serotogene Dysfuntkion)

>akute oder chronische Belastungen (Trennungen, neue Anforderungen, Leistungsdruck oder Angst vor körperlicher Erkrankung)" S. 243

37.1.1.2 Folgen der Anorexie / körperliche Folgeschäden

"Bei Frauen: Amenorrhoe (ausbleibende Monatsblutung), bei Männern: Potenzstörungen […] brüchige Haare, Haarausfall […] trockene Haut […] kortikale Atrophie (Verlust der Hirnsubstanz) […] Bradykardie (geringe Herzfrequenz) […] geringe Körpertemperatur (leichtes Frieren)

Arrythmien […] othostatische Dysregulation (labiler Kreislauf) […] Akrozyanose (blauer Finger, Zehen, Ohren oder eine blaue Nase) […] Osteoporose […] gastrointestinale Störungen (Verstopfung, Blähungen, verzögerte Magenentleerung ect.) […] Veränderung der Körperbehaarung

(Haarflaum) […] Wachstumsstörungen […] Hypothermie […] Blutbildveränderungen […] Ödemie […] Schädigung von Leber und Niere" S. 243, 244

37.1.2 Bulimie / Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2/F50.3)

"Die Betroffenen sehen sich als <<zu Fett>> und haben dauerhaft Angst, dick zu werden. Ihre persönliche Gewichtsgrenze haben sie genau (und recht niedrig) festgelegt. Belastend ist vor allem das Doppelleben, dass die Betroffenen führen. […] Auf Dauer führt die Bulimie zu einem sozialen Rückzug, da diese Erkrankung pysisch und psychisch an den Kräften zehrt. Es werden ritualisierte Zwangshandlungen durchgeführt, vor allem in Begleitung der übermäßigen Nahrungsaufnahme oder während des Vorgangs des Erbrechens. Besonders schwierig wird es, wenn komorbide Störungen […] hinzukommen. S. 244

37.1.2.1 Ursachen der Bulimie

"Betroffene haben häufig eine schwere Selbstwertproblematik. Sie orientieren sich stark an sozialen Normen und an der Meinung anderer. […] in der Familien [der betroffenen findet man] häufig affektive Störungen, Alkoholabhängigkeit, Angsterkrankungen, Übergewicht oder andere

Ess-Störungen." S. 245

37.1.2.2 Folgen der Bulimie / körperliche Folgeschäden

"Parotitis (Entzündung der Ohrspeicheldrüse) […] Schäden am Zahnschmelz, schwere Karies […] Herzrhytmusstörungen […] Herz-Kreislauf-Störungen […] Haarausfall […] Schwindel und Müdigkeit […] Abnahme von Konzentration und Leistungsfähigkeit […] Ösophagitiden (Entzündung der Schleimhaut und Speicheldrüse) […] Pharyngitiden (Entzündung der Rachenschleimhaut) […]

rezidivierende Pankreatitden (Bauchspeicheldrüsenentzündung) […] Schwielen oder Verätzungen an Fingern oder Handrücken (durch das Herbeiführen des Erbrechens) […] diabetische

Entgleisungen […] Gastriden (Magenschleimhautentzündung) […] Magendilation (Magendrehung) […] Niereninsuffizienz […] Verstopfung / träger Darm […] gelegentlich Amenorrhoe." S. 246

37.1.3 Binge Eating Disorder (ICD-10: F50.9)

"[…] heimliche Essanfälle (mindestens an zwei Tagen in der Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten) […] Hunger- und Sättigungswahrnehmung sind gestört […] Dadurch entsteht im Allgemeinen bei den Betroffenen zum Teil ausgeprägtes Übergewicht. […] Auslöser können

Langeweile, Wut oder Trauer, manchmal auch Trotz, sein. […] Die Anfälle selbst werden als zwanghaft und hemmungslos empfunden." S. 246

37.1.3.1 Ursachen der Binge Eating Disorder

"[…] man vermutet […] Mischung aus genetischer Dispotisiton, psychischen (depressive Syndrome, Angsterkrankungen, Pesönlichkeitsstörungen) und soziokulturellen Faktoren." S. 247

37.1.3.2 Folgen der Binge Eating Disorder / körperliche Folgeschäden

"Völlegefühl […] Bauchschmerzen […] Atembeschwerden […] Übergewicht" S. 247

37.2 Exkurs: Adipositas (ICD-10: E66.0)

"[…] Körperfettanteil [ist] im Verhältnis zu der Ganzkörpermasse zu hoch. […]" S. 248

37.2.1 Ursachen der Adipositas

"[…] Mischung von genetischen, psychosozialen […] und soziokulturellen Faktoren (großes, leicht verfügbares Angebot an Nahrungsmitteln in unserer westlichen Welt)" S. 248

37.2.2 Folgen der Adipositas / körperliche Folgeschäden

"arterielle Hypertonie […] Herzinsuffizienz und Herzinfarkt […] Schlaganfall […] Lungenembolie […] Diabetes mellitus […] Gicht […] Erhöhter Cholesterinspiegel […] metabolisches Syndrom […] Gallenblasenerkrankungen […] Krebserkrankungen […] Grauer Star [...] Schlafapnoe [...] Gelenkschäden […] Rückenprobleme […] Schwangerschaftsprobleme" S. 249

37.3 Therapien

"Da die Ess-Störungen multifaktoriell bedingte Erkrankungen sind, müssen sie auch entsprechend multifaktiorell behandelt werden. Diese mehrdimensionalen Therapiekonzepte beeinhalten: >Ernährungsrehabilitation bei der Anorexie (kontrollierte Gewichtszunahme bis zu einem Normalgewicht [nur im äußersten Notfall mit Magensonde]) >[Ernährungsrehabilitation bei] Adipositas (kontrollierte Gewichtsabnahme bis zu einem Normalgewicht) >Behandlung der Folgeerscheinungen

>Ernährungsberatung inklusive dem <<Einüben>> eines angemessenen Essverhaltens und dem Hören auf den eigenen Körper

>Bewegung und dem Gewicht entsprechende sportliche Betätigung bei Binge Eating Dirsorder und Adipositas

>Psychosoziale Rehabilitation (Einzel-Psychotherapie [inklusive Wahrnehmungstraining], Verhaltenstherapie bei Adipositas, Familientherapie, Selbsthilfegruppe - stationär und teilstationär)

>falls notwendig medikamentöe Therapie

Man arbeitet bei der Therapie hierarchisch - so zuerst an den lebensbedrohlichen und die Therapie untergrabenen Verhaltensweisen, um so schließlich weiter behandeln und aufbauen zu können. Hauptziel der Therapie ist im Endeffekt, die Betroffenen soweit zu stärken, dass die

Ess-Störung schließlich nicht mehr <<notwendig>> ist. Ob sie stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden sollte, hängt von der Gesamtkonstitution der Betroffenen ab. […] Problematisch ist es bei Erkrankten vor allem, dasss selten eine Therapiemotivation besteht und gleichzeitig Machtkämpfe unter den einzelnen Patienten aufkommen. […] bei Ihnen muss die Hemmschwelle zur Therapie abgebaut werden. " S. 249, 250

37.4 Nicht-organische Schlafstörungen (ICD-10: F51)

"[…] verschiedenster psychicher und körperlicher Erkrankungen […] können zur Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führen. […] organische Ursachen und psychische Grunderkrankungen [sollten ausgeschlossen werden z.B. Schlaflabor] […]

Hierzu nutzt man optimalerweise ein Schlaffragebogen und/oder ein Schlaftagebuch, dass der Patient führen soll und aus denen entsprechende Schlüsse zum Beispiel in Bezug auf Schlafdauer, Ein-/Durchschlafstörungen, Umgebungsbedingungen, Schlafgewohnheiten oder im Hinblick auf den Schafrythmus ziehen kann. […] etwaige Drogen- oder Medikamenteneinnahme

[als auch] eine Familien- und Fremdanamnese [sind weitere Faktoren]" S. 251, 252 37.4.1 Unterteilung von Schlafstörungen

37.4.1 .1 Dyssomnien

"[…] Störungen in Form von Ein- oder Durchschlafstörungen, meist verbunden mit einer verstärkten Tagesmüdigkeit." S. 252

37.4.1 .2 Parasomnien

"[…] Störungen, die beim (teilweisen) Aufwachen oder beim Wechsel von Schlafphasen auftreten und den Schlaf unterbrechen. Das können zum Beispiel Albträume sein oder der Pavor nocturnus." S. 252

Unterteilungen gemäß ICD-10 sind: "Insomnie […] Hypersomnie […] Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus […] Schlafwandeln […] Pavor nocturnus […] Albträume" S. 252

37.4.2 Nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0)

"[…] Einschlaf- oder Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität […] auch frühmorgendliches Erwachen [mindestens] drei Mal in der Woche für mindestens einen Monat." S. 253 "[…] Führt zu Müdigkeit am Tag und Leistungseinbußen." S. 253

37.4.3 Nicht-organische Hypersomnie (ICD-10: F51.1)

"[…] ausgeprägte Schläfrigkeit am Tag […] Schlafattacken oder einer längeren Übergangszeit im Prozess des Wachwerdens - und das täglich und länger als ein Monat, ggf. auch in wiederkehrenden Perioden von kürzerer Dauer." S. 253

" Der Betroffene wird nie <<richtig wach>>. Er hat große Probleme in der Schule, bzw. Arbeitsplatz, verspätet sich häufig, leidet unter mangelnder

Konzentration und geringer Leistungsfähigkeit. Der Leidensdruck ist häufig hoch." S. 253

37.4.4 Exkurs zu verwandten Störungen

37.4.4.1 Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)

"[…] unter starker Tagesmüdigkeit bis hin zur Schläfrigkeit […] Kopfschmerzen am Morgen, Aufmerksamkeit und Gedächtnis [ist eingeschränkt], Verwirrtheitszuständen und Potenzstörungen." S. 254

37.4.4.2 Narkolepsie (ICD-10: G47.4)

"[…] Gefühl der Müdigkeit und Einschlafattacken, es folgen im Verlauf Katalepsien (Muskelgruppen erschlaffen anfallartig ohne Bewusstseinsverlust), hypnagoge Halluzinationen (meist negativ, im Allgemeinen visuell und sehr lebhaft), Schlafparalyse (kurz nach dem Aufwachen können die Betroffenen weder sprechen noch sich bewegen) und automatische Handlungen (monotone, bekannte Handlungen werden quasi im Halbschlaf vollzogen). Oft leiden sie an häufigen Wachzeiten in der Nacht. […] Die Ursache findet man in genetischen Faktoren

(dem HLA-DR2-Gen)" S. 254

37.4.4.3 Restless-Legs-Syndrom (ICD-10: G425.81)

"[…] im Ruhezustand abends oder nachts Schmerzen, ein Reißen, Ziehen oder Spannungsgefühl in den Beinen. Die Beine können kaum ruhig gehalten werden." S. 254

37.4.5 Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rythmus (ICD-10: F51.2)

"[…] der persönliche Rhythmus [stimmt] nicht mit jenem, der von außen vorgegeben ist [z.B. Wechsel von Tag und Nacht], überein." S. 256

"Dies führt zu Schlaflosigkeit oder Hypersomnie mit verminderter Leistungsfähigkeit. Das kann bei Jetlag der Fall sein, aber auch- und das ist auf Dauer kritisch - bei Schichtarbeitern. Gleichzeitig kann es aber auch bei extremen Früh- oder Spätaufstehern vorkommen, die nicht nach ihrem [d.h. dem natürlichen Tages]Rhythmus leben können." S. 255

"Diese Störungen können bei hohem Leidensdruck im Allgemeinen nur dadurch behandelt werden, dass die Lebensumstände entsprechend verändert werden." S. 255

37.4.6 Schlafwandeln / Somnambulismus (ICD-10: F51.3)

"[…] steht für einen Zustand, in dem sich der Betroffene in einer veränderten Bewusstseinslage befindet. […] meist in der ersten Nachthälfte […] Der Betroffene befindet sich im Tiefschlaf, hat jedoch die Augen geöffnet, sitzt im Bett, spricht, gestikuliert, nestelt an der Bettdecke oder läuft sogar im Raum umher. Reaktivität und Geschicklichkeit sind dabei vermindert. Er reagiert kauf auf Ansprache und ist nur mit äußersten Schwierigkeiten zu wecken. […] Nach dem Aufwachen kann sich der Betroffene kaum an das Geschehene erinnern." S.255

37.4.7 Pavor nocturnus (ICD-10: F51.4)

"[…] erwachen die Betroffenen in der ersten Nachthälfte schreiend voller Furcht und Panik. Sie sind in äußerster Erregung, setzen sich zumeist direkt auf, sind aber vorübergehend desorientiert. Manchmal stürzen sie auch direkt zur Tür, ohne aber den Raum zu verlassen." S.256

"Oft treten Pavor nocturnus und Somnambulismus gemeinsam auf." S. 256

37.4.8 Albträume (ICD-10: F51.5)

"[…] Träume [werden] als beängstigend, lebensbedrohlich oder beschämend erlebt. Egal wie merkwürdig die Inhalte eigentlich sind, so werden sie doch als äußerst real und emotional erlebt. Oftmals wiederholen sich im Leben bestimmte Albtraum-Themen." S. 256 "Neben belastenden Lebensphasen kommen auch psychische Erkrankungen wie die postraumatische Belastungsstörung, in Betracht, aber auch bestimmte Substanzen (Alkohol, einige Antidepressiva)." S. 256

37.4.9 Therapien

"Bei allen nicht-organischen Schlafstörungen müssen zunächst internistische und neurologische Erkrankungen sowie die Einnahme von schlafstörenden Medikamenten und Suchtmitteln ausgeschlossen werden." S. 257

"Handelt es sich bei der Grunderkrankung um eine psychische, so wird zunächst diese behandelt. Bleibt trotzdem eine Schlafstörung und besteht ein Leidensdruck, so kann man verschiedene Methoden in Kombination anwenden:

1) Führen eines Schlaftagebuchs und dessen Auswertung

2)Bearbeitungen individueller Konfliktsituationen (Überforderung im Alltag, Probeme und Sorgen)

3)psychotherapeutische Intervention auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis >Informationen über den <<normalen>> Schlaf

>erlernen spezifischer Strategien >Erlernen von Schlafhygiene

>Lernen von Entspannungsverfahren (zum Beispiel Progressive Muskelrelation)

>Paradoxe Intervention (zum Beipspiel lange Wach im Bett liegen zu bleiben)

>Stimuluskontrolle (ins Bett nur bei ausgeprägter Müdigkeit)

>Schlaf herauszögern (Schlafrestriktion)

>kognitive Restrukturierung (Überprüfen von bisherigen Kognitionen, wie <<Nur zehn Stunden Schlaf sind gesund.>>

>Erlernen von Biofeedback-Techniken (willentliche Lenkung unbewusster Körpersignale über das Gehirn)" S. 257

38. Nicht-organische Sexualstörungen / die drei Bereiche von Störungsbildern nach ICD-10 / siehe auch Sexualtherapeuten Masters und Johnson

"

>Sexuelle Funktionsstörungen

>Störungen der Geschlechtsidentität >Störungen der Sexualpräferenz

[…] gestörte oder abweichende Sexualität [werden] in unterschiedlichen Kulturen ganz verschieden gewertet." S. 259

38.1 Exkurs der Begrifflichkeiten

"

>Biologisches Geschlecht: Bestimmt durch die Chromosomen, äußert sich durch die inneren und äußeren und die sekundären Geschlechtsmerkmale

>Geschlechtidentität: ein rein subjektives Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht.

>Sexuelle Orientierung: Ausrichtung auf Partner eines bestimmten Geschlechts (hetero-, homo- oder bisexuell) >Sexuelle Präferenz: sexuelle Vorlieben

>Geschlechterrolle: Erwartungen an die Gesellschaft als Einfluss auf das eigene geschlechtsspezifische Rollenverhalten" S. 260

38.2 Nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52)

Unterscheidungsmerkmale "

>Primäre sexuelle Funktionsstörungen, die bereits ein Leben lang bestehen

>Sekundäre sexuelle Funktionsstörungen, die erworben wurden und

>generalisierten sexuellen Funktionsstörungen, die dauerhaft bestehenden

>situativen sexuellen Funktionsstörungen, die nur in ganz bestimmten Situationen auftreten." S. 260

"Sexuelle Funktionsstörungen gehören zu den häufigsten Störungsbildern […] Sie beschreiben Störungen im Sexualverhalten und der sexuellen Funktionen und Reaktionen." S. 261

38.2.1 Sexuelle Appentenzstörungen ([ICD-10: Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0) und sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.1)] siehe S. 261 38.2.2 Erregungsstörungen [ICD-10: Versagen genitaler Reaktionen (F52.2)] S. 262

38.2.3 schmerzhafter Geschlechtsverkehr [ICD-10: F52.5 und F52.6] S. 262

38.2.4 Orgasmusstörungen [ICD-10: F52.3 und F52.4] S. 262

38.2.5 Therapiemöglichkeiten der nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen

"Bitte beachten Sie, dass nicht selten eine holistische Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Allgemeinartzt, Frauenarzt oder Urologen angeraten sein kann, denn man sollte niemals organische und somatische Ursachen einer Funktionsstörung ausschließen. Psychotherapeutisch geht man zunächst auf die

Suche nach den Ursachen, um danach eine Therapie zu entwickeln. […] die Ursachen [können] vielfältig sein." S. 263

"Ggf. muss man zunächst Konflikte oder Traumata durch Tiefen- und/oder Gesprächspsychotherapie in der Kindheit aufarbeiten, vielleicht ist eine Paartherapie angebracht, vielleicht kann eine Verhaltenstherapie mit praktischen Übungen (zum Beispiel der Sexualtherapeuten

Masters und Johnson) von Nutzen sein, ebenfalls natürlich auch physiotherapeutische Verfahren." S. 263

"Bei jeder Form der Sexualtherapie muss der vorhandene Partner mit einbezogen werden." S. 263

38.3 Psychische Verhaltenstörungen im Wochenbett (ICD-10: F53)

"psychische Störungen […] innerhalb der ersten sechs Wochen nach einer Geburt […] Sie kommen häufig vor, sind aber zumeist von kruzer Dauer. Ursächlich werden zum einen die hormonelle Umstellung gesehen und natürlich auch die neue Lebenssituation. […] Zwei Störungen kommen häufig vor: Die Wochenbettdepression und die Wochenbettspsychose." S. 264

38.3.1 Wochenbettdepression (ICD-10: F53.0) nicht zu verwechseln mit Babyblues (postportales Stimmungstief)

"[…] tritt in den ersten beiden Wochen nach der Geburt auf. Meist herrscht die Angst, das Neugeborene nicht genügend versorgen oder mit der Gesamtsituation nicht klarkommen zu können. Es treten bei den Betroffenen Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit,

Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen und körperliche Erschöpfung auf. Belastend sind zudem die Selbstvorwürfe […] [z.B weshalb man nicht glücklich

ist, obwohl man doch frisch mutter geworden ist) und oftmals auch Unverständnis von außen. […] Meist vergeht die

Verstimmung nach wenigen Wochen, die Erkrankung kann aber jedoch schwer über die Entwicklung von Zwängen bis hin zu Suizidgedanken gehen. […] Helfen kann eine Gruppentherapie mit ähnlich betroffenen Müttern." S. 264

38.3.2 Wochenbettpsychose / Puerpalpsychose (ICD-10: F53.1)

"Betroffene leiden unter einer äußerst schweren Depression, bzw. Erregtheitszuständen. Sie leiden unter Halluzinationen, sind labil, ängstlich, ratlos und voller Schuldgefühle. Ebenso können Wahnvorstellungen dazukommen, das Ich-Erleben kann gestört sein. Die Frauen fühlen sich ggf. <<von außen>> beeinflusst oder denken zum Beispiel ihr Kind sei vertauscht. Manchmal sind sie auch der Überzeugung, ihr Kind sei diabolisch - oder heilig." S. 264 "Zumeist [geht] der Kontakt zur Wirklichkeit verloren […] das Suizidrisiko, sowie die Gefahr der Schädigung des Kindes [ist] hoch." S. 265

38.4 Missbrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen (ICD-10: F55)

"Im Gegensatz zum abhängig machenden Substanzen kommt es eher zu keiner Sucht […] Schädlich ist hier, dass die Medikamente in unnötigen Kontexten in Überdosis mit ggf. negativen körperlichen Auswirkungen [eingenommen werden]" S. 266

39. Personlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)

"Die Persönlichkeit eines Menschen ist sehr komplex sowie absolut individuell und drückt sich über das Denken, Fühlen, Wahrnehmen sowie den Beziehungen zu anderen aus. Ihre Entwicklung fußt auf mannigfaltigen Faktoren genetisch-biologischer und psychosozialer Art und ist an keiner Stelle des Lebens abgeschlossen. Sie zu beschreiben, ist oftmals nicht leicht." S. 268

"Als nützliche Basis dient dabei zum Beispiel das Fünf-Faktoren-Modell (Big Five), dass jeweils die Ausprägung einzelner Persönlichkeitsmerkmale beschreibt:

>Extraversion/Introversion (Kontaktfreudigkeit) >Neuroizismus (emotionale Stabilität)

> Offenheit (aus neuen Erfahrungen lernen können, Kreativität)

>Gewissenhaftigkeit (mit Anforderungen und Aufgaben sorgfältig umgehen können)

>Soziale Verträglichkeit (friedfertiges Verhalten nach Außen)" S. 268

"Störende Verhaltens- und Empfindungsmuster sind […] über einen langen Zeitraum stabil und führen zu deutlichen Einschränkungen in der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Ursachen und Beginn lassen sich meist im Kindes- und Jugendalter finden und sind weder organisch noch durch andere psychische Störungen begründet. Die Persönlichkeitsstörung hat sich quasi aus einer Strategie entwickelt, mit Defiziten zu dieser Zeit klar zu kommen, sie zu <<überleben>>.

Infolge entstehen Fehlinterprätationen in der Wahrnehmung und im Verhalten sowie in der Kommunikation mit der Umwelt. Ergänzend gehen neurobiologische und genetische Ansätze von einer entsprechenden Vorbelastung, sogenannten genetischen <<Temperamentsfaktoren>>, aus, die mit externen Einflussfaktoren korrelieren." S. 268

"Um Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren, müssen neben den Symptomen so viele individuelle Aspekte des Lebens wie möglich herangezogen werden. Nützlich ist dabei auch eine Fremdanamnese. " S. 268

"Man betrachtet für eine Diagnose, ob eine deutliche Unausgeglichenheit in mehreren Funtkionsbereichen der Persönlichkeit besteht, andauernde auffällige Verhaltensmuster zu erkennen sind, die absolut gleichförmig, tiefgreifend und unpassend in bestimmten sozialen und persönlichen Situationen sind." S. 269

"Die Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung ist äußerst unterschiedlich und kann sich zum Beispiel in Folge einer veränderten Lebenssituation verstärken oder abschwächen, […] bei den Betroffenen [kann] eine Persönlichkeitsstörung einen chronisch ungünstigen

Verlauf nehmen" S. 269, 270

39.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.0)

"[…] Argwohn, tiefes Misstrauen und Eifersucht […]. Betroffene sind extrem empfindlich. Andere Menschen sehen sie prinzipiell als böse an, die eigene Person benachteiligend, ausnutzend oder schädigend wollend. Erlebnisse oder Erfahrung werten sie grundsätzlich als gegen

die eigene Person gerichtet. Sie neigen zu Rechthaberei und sind unbelehrbar rechthaberisch. In Ihren Augen kämpfen sie gegen ein vermeintliches Unrecht,

neigen zu Fanatismus. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung oder erleiden depressive Symptome. Sie neigen zu Suchterkrankungen und anderen Persönlichkeitsstörungen. Auch übergänge in wahnhafte Störungen können vorkommen." S. 270

39.1 .1 Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen "

>ausgeprägte Emfpindlichkeit gegenüber Zurücksetzung und Rückschlägen

>ständiger Groll, weil andere die eigene Person vermeindlich zum Beispiel beleidigt, verletzt oder missachtet >Verdrehung von Erlebtem ins Negative, dauerhaftes Misstrauen

>Streitsucht und situationsunangemessenes Beharren auf den eigenen Rechten

>Eifersucht und nicht gerechtfertigtes Misstrauen bezüglich der sexuellen Treue des Partners

>Neigung zu äußerst überhöhtem Selbstwertgefühl und ständige Selbstbezogenheit

>eingenommen sein von Verschwörungsgedanken als Erklärung für Geschehenisse in der Umgebung oder in der gesamten Welt

" S. 271

39.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1)

"[…] neigen zum Einzelgängertum, leben allein, isoliert und distanziert von Ihrem sozialen Umfeld. Ihre emotionale Ausdrucksfähigkeit ist eingeschränkt. Daraus ergibt sich ein starkes Autonomiebestreben ohne enge Freunde oder einen Lebenspartner.

Sie erscheinen distanziert und kalt, manchmal steif und unbeholfen. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder somatoformen Störung oder erleiden depressive Syndrome. Sie neigen außerdem zu anderen Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel selbstunsichere, paranoide oder zwanghafte). Therapeutisch sind Kontaktaufnahme und Herstellung einer Beziehung schwierig, vor allem, da Betroffene sich selten in Behandlung begeben. " S. 271

39.2.1 Diagnose einer schizoide Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen

"

>seltenes Empfinden von Vergnügen

>emotional kühl, distanziert - die Affektivität ist flach

>kaum fähig, zärtliche, warme Gefühle oder auch Ärger offen zu zeigen

> vermeindliche Gleichgültigkeit gegenüber Kritik oder Lob

> fehlendes Interesse an Sexualität mit anderen Menschen

> Beschäftigungen meist einzelgängerisch

> Starke Inanspruchnahme durch Introspektion und Fantasie

> Fehlen von vertrauensvollen Beziehungen und engen Freunden (maximal eine Person) - gleichzeitig auch kein großes Interesse daran > fehlende Sensibilität gegenüber gesellschaftlichen Regeln " S. 271

39.3 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)

"[…] neigen zu impulsivem Verhalten, bei dem ihnen die möglichen Folgen vollkommen egal sind. Im Nachinein verspüren sie keinerlei Schuldbewusstsein. Empathie und Verantwortungsgefühl haben sie nicht - dafür eine geringe Frustrationstoleranz.

Regeln und Normen gelten für sie nicht - es geht ums eigene Überleben. Sie holen sich das, was ihnen, wie sie meinen, zusteht. Das kann dann radikal durch Gewalt geschehen, aber auch subtiler durch Betrug, Manipulation und Lügen. Die Risikobereitschaft ist dabei hoch.

Zu intensiven zwischenmenschlichen Bindungen sind sie meist nicht fähig, sondern sie leben in rasch wechselnden Beziehungen. Hier sind sie häufig verletzend, unzuverlässig oder auch manipulativ. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer weiteren Persönlichkeitsstörung

(Borderline, histrionische oder selbstunsichere), neigen zu Suchterkrankungen oder Substanzmissbrauch. Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung anzusprechen ist sehr schwierig, da sie äußerst krankheitsuneinsichtig sind" S. 272

39.3.1 Diagnose einer dissoziale Persönlichkeitsstörung / mindestens drei Symptome müssen zutreffen "

>Kälte, Unbeteiligtsein, Rücksichtslosigkeit, fehlende Empathie

>Andauerndes verantwortungsloses Handeln

>Nicht-Beachten von Regeln

>Normen und Verpflichtungen

>Unfähigkeit, längere Beziehungen beizubehalten, obwohl Beziehungen problemlos eingegangen werden können >äußerst geringe Frustrationstoleranz

>Neigung zu aggresivem bis hin zu gewaltätigem Verhalten

>fehlendes Schuldbewusstsein >kein Lernen aus Erfahrung

>[kein Lernen] […] aus Strafen

>andere werden beschuldigt

>eigenes Fehlverhalten rationalisiert

" S. 272

39.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)

"[…] leiden unter einer gestörten Affektregulation. Selbst beschreiben sie es häufig als <<Druck>>, der häufig durch selbstverletzendes Verhalten (zum Beispiel <Ritzen>) abgebaut wird. In Ihnen herrscht eine niedrige Reizschwelle mit hoher Erregbarkeit, die zu einem ausgeprägtem Gefühlschaos führt. Viele beschreiben auch kaum zu ertragene Zustände innere Leere und Depressivität. Sie leiden unter Albträumen, <Flashbacks> und Schlaflosigkeit. Auch Pseudohalluzinationen sowie Derealisations- und Depersonalisationserleben sind nicht selten. […]

Die emotional instabile Personlichkeitsstörung teilt sich widerum in zwei Subtypen:

>F60.3 - impulsiver Typ - mit mangelnder Impulskontrolle und emotionaler Instabilität. Betroffene neigen, besonders bei Kritik, zu bedrohlichem und gewaltätigem Verhalten.

>F60.31 - Borderline Typ - entspricht dem impulsivem Typ. Zusätzlich leiden die Betroffenen unter Störungen des eigenen Selbstbildes, unklaren Zielen und

verwaschenen <inneren Präferenzen>. Symptomatisch sind Gefühle der inneren Leere, die Neigung zu unsteten Beziehungen, Suiziddrohungen und selbstverletzendes Verhalten.

39.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4)

"[…] Verhaten […] ist übertrieben emotional und dramatisch. Sie wollen ständig im Mittelpunkt stehen, gelobt und bewundert werden. Sie neigen zu Egozentrik und zu manipulativem Verhalten. Dabei wirken Sie charmant und extrovertiert, oft auch verführerisch und attraktiv. Kennzeichnend […] ist außerdem die Suche nach ständig neuen Reizen, so dass sie auch im Denken ungenau und sprunghaft sein können. Tief in ihnen steckt das Gefühl ungeliebt zu sein, überflüssig zu sein. Ihr Leben ist bestimmt davon, anerkannt, bewundert und umsorgt zu werden. Schwierig wird die Situation […] wenn der natürliche Alterungsprozess einsetzt und die Attraktivität leidet, sie schwer gekränkt werden ider eine Trennung von einer wichtigen Bezugsperson stattfindet.

Häufig erkranken Betroffene zusätzlich an einer depressiven Episode, Zwangs- und Angststörung oder somatoformen Störungen. Außerdem neigen sie zu Substanzmissbrauch." S. 273

39.5.1 Diagnose einer histrionische Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen "

>dramatisches, theatralisches Verhalten - Gefühle werden übertrieben ausgedrückt

>leichte Beeinflussbarkeit durch bestimmte Umstände oder andere Personen, Suggestibilität >labile und oberflächliche Affektivität

> Bedürfnis nach Anerkennung durch andere

> Wunsch im Mittelpunkt zu stehen

> Dauerhaftes Verlangen von Aufregung

> Verhalten und Erscheinen unangemessen verführerisch

> ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Attraktivität" S. 273

39.6 Anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5)

"[…] Perfektionismus, Ordnung und Kontrolle [in hohem Maß], so dass Betroffene häufig als pedantisch und eigensinnig wahrgenommen werden. Sie verlieren sich häufig in Details, so dass sie gestellte Aufgaben nicht abschließen und Entscheidungen nicht treffen können.

Gleichzeitig haben sie große Angst vor Kritik, die ja ihren Perfektionismus schmälern würde.Gleichzeitig können sie der eigenen Anspruchshaltung nur schwer entsprechen. So sind sie ewig Getriebene, die jederzeit die Kontrolle über eine Situation behalten wollen.

Veränderungen im Leben werden von Ihnen daher oft schwer ertragen. Regeln, Normen und Ordnung sind ihnen enorm wichtig. Dauernd fühlen sie sich von Pflichten getrieben. Lebensfreude und Genuss bleiben dadurch außen vor. Soziale Kontakte erfreulicher Art werden vernachlässigt, zudem sie häufig das vermeindlich verantwortungslose oder inkompetente Verhalten ihrer Mitmenschen verurteilen. Erlebnisse werden gerne polarisiert - gut/böse, richtig/falsch, alles/nichts - beurteilt. Soziale Kontakte verlaufen so eher angespannt und kontrolliert. Deligieren ist ihnen fast unmöglich. Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angststörung, erleiden depressive Syndrome oder klagen über somatoforme Störungen." S. 274

39.6.1 Diagnose einer anankastische Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen

"

>große Zweifel und Vorsicht

>Im Mittelpunkt der Beschäftigung stehen Regeln, Listen, Ordnung, Details oder Pläne >Durch den eigenen Perfektionismus wird der Abschluss von Aufgaben behindert

>Der Betroffene zeichnet sich durch starke Gewissenhaftigkeit und überhöhte Leistungsbezogenheit aus. Dabei werden Vergnügen und Beziehungen vernachlässigt.

>Konventionen werden übermäßig und pedantisch verfolgt.

>Der Betroffene ist eigensinnig und regide

>Beharren auch bei anderen auf die Unterordnung unter seine Gewohnheiten >Unfähigkeit, zu deligieren

>Unerwünschte Gedanken oder Impulse drängen sich immer wieder auf" S. 274

39.7 Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)

ständige "Angst vor negativer Bewertung. Sie fühlen sich minderwertig und vermeiden Konfliktsituationen, aber auch enge Bindungen, da sie Misserfolg und Ablehnung befürchten. Gleichzeitig wünschen sie sich nichts mehr als Wertschätzung, Akzeptanz und emotionale Nähe. Somit erscheinen sie häufig sehr schüchtern und geben sich oft distanziert. Sie leiden unter fehlender Lebensfreude, dem Gefühl der Wertlosigkeit. Sie vermeiden Herausforderungen und soziale Kontakte aus der Befürchtung heraus, abgelehnt oder gedemütigt zu werden. Kritik ertragen die Betroffenen äußerst schlecht. Häufig erkranken sie

zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung, erleiden depressive Syndrome oder klagen über somatoforme Störungen." S. 275

39.7.1 Diagnose einer Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung / mindestens vier Symptome müssen zutreffen:

"

>Größengefühl

>Fantasien im Bezug auf Macht, Erfolg, ideale Liebe oder Schönheit

>Empfinden der Einmalligkeit

>Bedarf von außenordentlicher Bewunderung

>Anspruchshaltung, die völlig unbegründet ist

>ausnutzen von Beziehungen zwischenmenschlicher Art

>mangelhafte Empathie

>Überzeugung, das andere einen beneiden - oder eigene Neidgefühle

>hochmütiges, arrogantes Verhalten" S. 276

39.8 Passiv-agressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.81)

"[…] Trotzverhalten […], dass sich über die Pubertät hinweg gehalten hat. Sie zeichnet sich durch passiven Widerstand gegenüber gestellten Anforderungen aus mit einer abwertenden und negativen Grundhaltung heraus." S. 277

39.8.1 Diagnose einer Passiv-agressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung / mindestens fünf der Symptome müssen zutreffen

"

>Routineaufgaben werden verschleppt (Es wird auf andere gewartet)

>nicht angebrachter Prostest bei gerechtfertigten Forderung

> bei unwillkommenen Bitten Reizbarkeit, Trotz oder Streitlust

> Verachtung von Autoritätspersonen

> Kritik an Autoritätspersonen

> schlechte oder langsame Arbeit bei ungliebten Aufgaben

> <<vergessen>> von Verpflichtungen" S. 277

39.9 Exkurs: Schiziotype Persönlichkeistsstörung (ICD-10: F21)

"[…] wird von den Betroffenen oftmals nicht in ihrem Krankheitswert erkannt. Sie zeichnet sich durch ein eigentümliches Verhalten sowie Misstrauen aus. Betroffene sind oft übersensibel und haben Probleme mit engen persönlichen Beziehungen. Nach außen hin erscheinen sie oft gleichgültig und unzulänglich. Außerdem sind Denken und Wahrnehmung oftmals verzerrt. Sie katapultieren sich dadurch gesellschaftlich ins Abseits, werden aber gelegentlich auch dirch ihr schrulliges und exentrisches Verhalten als interessant angesehen." S. 277

39.9.1 Diagnose einer schiziotypen Persönlichkeistsstörung / mindestens drei der Symptome müssen mindestens zwei Jahre vorhanden sein

"

>eingeschränkter und inadäquater Affekt (unnahbar und kalt)

>exzentrisches oder seltsames Verhalten mit einem enstprechenden Erscheinen

>wenige soziale Kontakte und Neigung zum sozialen Rückzug

>eigentümliche Glaubensinhalte sowie magisches Denken, die entsprechend auf das Verhalten übergehen und widersprüchlich zu den kulturellen normen sind

>paranoide Ideen oder Misstrauen

>zwanghaftes Grübeln mit sexuellen, aggressiven oder ängstlichen Inhalten auf den eigenen Körper bezogen - ohne dem Widerstand zu leisten

>Körpergefühlsstörungen, Illusionen, Derealisations- und Depersonalisationserleben

>Sprache und Denken sind umständlich, wage, metaphorisch, seltsam - jedoch nicht zerfahren

>vorübergehende gelegentlich fast psychotische Episoden mit starken Illusionen, Halluzinationen oder wahnänlichen Ideen - ohne äußerliche Veranlassung" S. 278

39.10 Kombinierte und sonstige Persönlichkeistsstörungen (ICD-10: F61)

[…] werden jene zusammengefasst, bei den sich Merkmale von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen vermischen, und keine Persönlichkeitsstörung spezifisch diagnostiziert werden kann (F61.0: kombinierte Persönlichkeitsstörungen). Oder bei denen eine Klassifizierung nach F60 (spezifische Persönlichkeitsstörungen) oder F62 (andauernde Persönlichkeitsänderungen) nicht stattfinden kann und man von einem sekundären Status bei einer zugleich bestehenden Angststörung oder affektiven Störung ausgeht." S.279

39.11 Andauernde Persönlichkeitströrungen (ICD-10: F62)

z.B. "[…] nach einer Extrembelastung oder einer psychischen Krankheit […] [nur bei deutlichen Veränderungen] im Denken, Wahrnehmen und Verhalten in Bezug auf die eigene Person […], die vor einem bestimmten tiefgreifenden Ereignis oder der Erkrankung noch nicht vorlagen und das Verhalten

beeinflussen. Dabei darf keine andere Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen." S. 280

39.11 .1 Andauernde Persönlichkeitströrungen nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)

"Grundlage ist eine äußerst extreme Belastung, wie Folter, Katastrophen, Geiselnahme ect., die weit über das normale Erleben hinausgeht. Dabei kann (muss aber nicht) eine postraumatische Belastungsstörung (F43.1) vorrausgehen. In Folge treten andauernde Symptome auf, die sich durch unangepasstes, unflexibeles Verhalten äußern und zu Beeinträchtigungen im sozialen, zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich führen. Diese müssen zur Diagnose mindestens zwei Jahre bestehen. Außerdem darf im Vorfeld keine psychische Erkrankung (außer ggf. einer PTBS) bestanden haben. Merkmale sind: >sozialer Rückzug

>misstrauische, ja feindliche Haltung der Welt gegenüber

>Betroffene fühlen sich leer und hoffnungslos

>Es besteht ein dauerhaftes Empfinden von Nervosität, als bestünde eine ständige Bedrohung

>Der Betroffene fühlt sich entfremdet" S. 280

39.11 .2 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10: F62.1)

"Auch durch eine schwere psychische Krankheit kann eine Persönlichkeitsveränderung nach Abklingen der Erkrankung stattfinden. Dabei muss die Persönlichkeitsänderung von möglichen Residualzuständen abgegrenzt werden. Außerdem darf im Vorfeld keine andere Persönlichkeitsstörung

vorgelegen haben. Die folgenden Symptome müssen zur Diagnose mindestens zwei Jahre bestehen:

>Starke Abhängigkeit von anderen Menschen und eine hohe Anspruchshaltung [gegenüber diesen Menschen] >Der Betroffene ist überzeugt, dass ihn die Erkrankung verändert habe und er nun stigmatisiert sei.

>Unfähig, enge und vertrauensvolle persönliche Beziehungen aufzunehmen oder beizubehalten.

>Soziale Isolation

>Verringerung der Interessen und Freizeitbeschäftigungen, Passivität

> Die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit unterscheidet sich deutlich von jener vor der Erkrankung >Der Betroffene klagt darüber, krank zu sein.

>Er zeigt ein kränkelndes Verhalten und zeigt hypochondrische Beschwerden

> Seine Stimmung ist labil ider dysphorisch (jedoch nicht in Folge einer anderen psychischen Störung)" S. 281

39.12 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63)

"[…] Störungen bei denen Verhaltensaufällgikeiten auftreten, die sich immer wieder wiederholen und sich durch unkontrollierte Handlungen und Impulse äußern. Betroffene verspüren einen heftigen Drang, Handlungen durchzuführen, dem sie nicht widerstehen können.

Ein vernünftiges Motiv besteht nicht, weder eines der persönlichen Bereicherung, noch eines der Abwendung einer Bedrohung noch Rache, jedoch verspüren Betroffene während der Handlung - nach einem deutlichen Spannungsaufbau - selber ein Gefühl der Lust, Euphorie oder

Erleichterung, obwohl einem selbst oder anderen zum Teil erheblicher Schaden zugefügt wird. Danach findet ein deutlicher Spannungsabfall statt. […]

> F63.0 - pathologisches Glückspiel

> F63.1 - pathologische Brandstiftung (Pyromanie)

> F63.2 - pathologisches Stehlen (Kleptomanie)

> F63.3 - pathologisches Haareausreißen (Trichtotillomanie)

> F63.8 - Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

"[…] Ursachen für die Störungen sind noch nicht geklärt, vermutlich hängen sie jedoch mit aufrechterhaltenen Lernprozessen durch positiv emfpundene Emotionen bei der Handlung […] zusammen." S. 282

40. Störungen der Geschlechtsidentität / Transsexualität (ICD-10: F64)

"[…] fühlen sich ihrem eigenen angeborenen biologischen Geschlecht nicht zugehörig, unbehaglich, lehnen es sogar deutlich ab. Sie sprechen oft davon, sie seien im "falschen Körper". Sehr stark existiert der Wunsch, das Geschlecht körperlich und juristisch zu verändern. [...]

Bisher konnten keine körperliche Ursachen für dieses Bedürfnis festgestellt werden, sondern eher Trennungserlebnisse und Prägungsvorgänge in der Kindheit. Abgegrenzt werden muss die Transsexualiät […] [vom] Zwittertum." S. 285

41. Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10: F65) / Diagnostische Eckpunkte "

>Störung besteht seit mindestens sechs Monaten

>[…] suchtartiger Charakter inklusive Impulskontrollverlust

>Die Sexualpraktiken sind stereotyp und ritualisiert

>Die soziale und die persönliche Kompetenz ist eingeschränkt

>Das Gegenüber wird zum Objekt intrumentalisiert - und ist mit den Praktiken nicht einverstanden

>Die sexuelle Befriedigung geschieht nur über die der Sexualpräferenz entsprechenden Bedingungen und weicht von der "normalen" Sexualiät ab" S. 286

"[…] vermutlich verursacht durch Traumata […] Entwicklungsdefizite […] Konflikten mit der Primärperson (oftmals der Mutter) oder […] Fehlkonditionierung […] auch […] biologische Faktoren während kritischer Entwicklungsphasen in Verbindung mit psychischen Fatoren [...]

Organische Ursachen können jedoch vermutlich ausgeschlossen werden. […] Differenzieldiagnostisch sollten mögliche organische Störungen wie Morbus Pick sowie frontale Hirntumore oder auch psychotische Residualzustände aber auch nahezu alle psychiatrische

Erkrankungen wie affektive Störungen, Intelligenzminderungen oder Epilepsien berücksichtigt werden." S. 286

41.1 Exhibitionismus (ICD-10: F65.2) S. 287

41.2 Yoyeurismus (ICD-10: F65.3) S. 287

41.3 Sexueller Masochismus / Sadismus / Sadomasochismus (ICD-10: F65.5) S. 287

"Als augeprägte Form gilt der Sexualmord, bei dem Tötungsfantasien in die Realität übertragen werden." S. 287 41.4 Frotteurismus (ICD-10: F65.8) S. 288

41.5 Fetischismus und transvestitischer Fetischismus (ICD-10: F65.0) S. 288

41.6 Pädophilie (ICD-10: F65.4) S. 288

42. Exkursion Homosexualität

42.1 Neiungshomosexualität

"[…] Bedeutet, dass dauerhaft eine eindeutige und entschiedene Zuwendung zu einem gleichgeschlechtlichen reifen Partner besteht." S. 290

42.2 Hemmungshomosexualität

"Vorkommen bei unreifen, ich-schwachen Männern, die Frauen gegenüber gehemmt und unsicher sind. Dadurch neigen sie <<vorsichtshaltber>> zu homosexuellen Handlungen. Ursachen können zudem psychotischer oder hirnorganischer Art sein." S. 290

42.3 Entwicklungshomosexualität

"Vorübergehender homosexueller Kontakt im Rahmen der psychosexuellen Entwicklung." S. 290

42.4 Pseudohomosexualität

"Männer, die eigentlich keine homosexuellen Neigungen haben, führen entsprechende Handlungen aus - meist aus materiellen Beweggründen oder um sich daraus Vorteile zu verschaffen (Prostitution, Gefängnis etc.)" S.290

43. Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66) / Krisen in Bezug auf die eigene sexuelle Reifung, Orientierung und Beziehung

"

>F66.0 Sexuelle Reifungskrise

>F66.1 Ichdystone Sexualorientierung

>F66.2 Sexuelle Beziehungsstörung" S. 291

44. Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

44.1 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0)

"Symptome aus einer vorangegangenen Erkrankung körperlicher Art werden auch nach dem Ausheilen weiter <fortgesetzt>. Das Verhalten wird zunehmend aufmerksamkeitssuchend (histrionisch) zuzüglich Beschwerden, die keinen körperlichen Ursprung haben. Meist klagt der Patient über Schmerzen oder eine Behinderung, die ihn beeinträchtigen, und ist von Sorgen erfüllt.

44.2 Artifizielle Störung / <<Münchhausen-Syndrom>> (F68.1)

"Bei dieser Störung täuscht der Betroffene, trotz des Fehlens einer körperlichen oder psychischen Störung, Behinderung oder Krankheit eine solche vor. Das kann soweit gehen, dass er sich absichtlich Verletzungen zufügt oder sich vergiftet. […] Erkrankte sind häufig so überzeugend, dass auch Ärtzte sich mit in dieses System einbinden lassen. Zieht der Betroffene Schutzbefohlene als angeblich Erkrankte mit in dieses Konstrukt - zumeist das eigene Kind - spricht man von <<Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom>>. Meist geht diese

Erkankung mit diversen anderen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen einher." S. 292

45. Mögliche Therapieformen

45.1 Bei Persönlichkeitsstörungen sowie abnormen Gewohnheiten | Bei Störungen der Impulskontrolle

45.1.1 durch Psychotherapie

"Ziel […] den Klienten zu befähigen, psychosoziale Problemstellungen besser zu lösen […] durch: >Ressourcenorientierung

> Psychoedukation

>Erkennen und Bearbeiten dysfunktionaler Muster und Selbsteinschätzungen

>Entwicklung von Strategien und notwendigen Fähigkeiten

>Modelllernen

>Beratung und Vermittlung von sozialen Fertigkeiten

>Entwicklung von Strategien zur Affektregullation, Identifikation und Selbstwahrnehmung

>Transfer des Erlernten in den Alltag" S. 29

"Eine Besonderheit gibt es bei der emotional instabilien Persönlichkeitsstörung: Hier muss ggf. noch an der zugrunde liegenden Traumata (häufig ein Missbrauchserleben) gearbeitet werden. Von Vorteil kann bei allen Störungen auch das Einbeziehen des sozialen Umfelds sein." S.293

45.1.2 durch Psychopharmakatherapie

"Es gibt kein Medikament, dass eine Persönlichkeitsstörung heilt, allerdings können ergänzend zur Psychotherapie komorbide Erkrankungen mit Psychopharmaka behandelt und einzelne Symptome verbessert werden." S. 293

45.2 Bei nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen

"Ggf. muss man zunächst Konflikte oder Traumata durch Tiefen- und/oder Gesprächspsychotherapie in der Kindheit aufarbeiten, vielleicht ist eine Paartherapie angebracht, vielleicht kann eine Verhaltenstherapie mit praktischen Übungen […] von Nutzen sein, ebenfalls natürlich auch pyshiotherapeutsche Verfahren." S. 294

45.3 Bei Störungen der Sexualpräferenz

45.3.1 durch Psychotherapie

"[…] edukativ und supportiv, um Hemmungen abzubauen und einen Zugang zum Betroffenen zu bekommen." S. 294

45.3.2 durch Psychopharmakatherapie

"Gleichzeitig werden bei schwer ausgeprägten und andauernden Störungen Psychopharmaka […] eingesetzt."

46. Intelligenzminderung (ICD-10: F7)

"Zur Diagnostik einer Intelligenzminderung (oder auch Oligophrenie, bzw. geistige Behinderung) muss der gesamte Mensch individuell mit seinen spezifischen Leistungseinschränkungen, seinem sozialen und kulturellen Umfeld, seinen Anpassungsverhalten und seiner psychometrischen Leistungsfähigkeit betrachtet werden." S. 297

46.1 Ursachen von Intelligenzminderung zu unterschiedlichen Zeitpunkten der menschlichen Entwicklung>Pränatal (vor der Geburt)

>>> genetisch (zum Beispiel Rett-Syndrom)

>>> cromosomal (zum Beispiel bei der Trisomie 21)

>>> stoffwechselbedingt (zum Beisiel be der Phenylketonurie)

>>> umweltbedingt (zum Beispiel durch die Erkrankung der Mutter an Röteln, durch Alkohol oder durch Rauchen während der Schwangerschaft) >>> Defekte während der Hirnentwicklung

>Perinatal (während der Geburt)

>>>Geburtstrauma

>Postnatal (nach der Geburt)

>>> Infektionen (zum Beispiel Meningitis)

>>> endokrinologisch (zum Beispiel durch eine Schilddrüsenunterfunktion) >>> Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma) >>> Tumorbildungen oder Dystrophien >>> u.v.m.

46.1.1 Leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70)

"[…] Betroffene haben im Alter von ca. 19 Jahren geistig das Niveau eines ungefähr Neun- bis Zwölfjährigen. […] Es herrschen große Probleme beim Lesen und Schreiben, […] leiden unter Gedächtnisschwäche und Konzentrationsstörungen, so dass die Schul- und Berufsausbildung mit großen Probemen behaftet ist. " S. 299

46.1.2 Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10: F71)

"Hier gibt es bereits in der Kindheit deutliche Entwicklungsverzögerungen. Besondere Einschränkungen existieren im Sprachgebrauch und Sprachverständnis sowie bei motorischen Fähigkeiten und in er Sebstversorgung. Dabei sind die Fähigkeiten von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt. […] Betroffene benötigen […] häufig eine

lebenslange Baufsichtigung […] Ein komplett unabhängiges Leben ist im Allgemeinen nicht möglich." S. 299

46.1.2 Schwere Intelligenzminderung (ICD-10: F72)

"Sie sind nicht schulbildungsfähig, können weder lesen noch schreiben lernen. Sie sind in praktischen Dingen förderungsfähig, jedoch auf eine dauerhafte Betreuung angewiesen. Meist bestehen noch zusätzliche Behinderungen wie motorische Schwäche oder Lähmungen.

Ursachen liegen häufig in einer Fehlentwicklung oder schweren Schädigung des Zentralnervensystems." S. 300

46.1.3 Schwerste Intelligenzminderung (ICD-10: F73)

"Betroffene sind zum größten Teil Pflegefälle, bei denen Sprachvermögen, Beweglichkeit und auch Kontinenz hochgradig eingeschränkt sind. Sie sind unfähig, Anweisungen oder Aufforderungen zu verstehen. Entsprechend können sie sich auch nicht danach richten. Meist besteht eine Mehrfachbehinderung, zum Beispiel mit Epilepsie, Hör- und Seh-Einschränkungen oder atypischer Autismus. Ständige Hilfe und Überwachung sind hier notwendig." S. 300

46.2 Mögliche Therapieformen zu ICD-10: F7

"Eine Intelligenzminderung kann nicht geheilt werden, daher liegt das Hauptaugenmerk auf der Linderung der Symptome, verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Fördermaßnahmen.

> Symptomatisch […] funktionelle Störungen im motorischen Bereich, die man durch Übungen versucht zu verbessern.

> Verhaltenstherapeutisch arbeitet man an Verhaltensauffälligkeiten oder zum Aufbau von Verselbständigung. […]

> Fördermaßnahmen in entsprechenden Kindergärten, Schulen, Heimen und Behindertenwerkstätten […]

> Psychopharmakatherapie mit niederpotenten oder atypischen Neuroleptika kann […] zur Milderung bei Hyperaktivität dienen

Berücksichtigt werden müssen zudem die zusätzlichen körperlichen und psychischen Erkrankungen, die im Rahmen einer Intelligenzminderung auftreten können." S. 301

47. Entwicklungsstörungen (ICD-10: F8) / Teilleistungsschwäche

"[…] ein bestimmter Bereich der geistigen oder auch körperlichen Entwicklung [ist] im Vergleich zu Gleichaltrigen verzögert. […] [Abhängig von] der Ausbildung des Zentralnervensystems […] beginnt sie schon im Kleindkindalter." S. 303

"Betroffen sind dabei meist die Bereiche

> visuell-räumliche Fähigkeiten

> Sprache

> Bewegungskoordination" S. 303

"Ein Großteil der Störungen <<wächst sich aus>>, manche Verzögerungen bleiben jedoch bestehen oder verschlechtern sich sogar auf dramatische Weise. […] Grundsätzlich sind Entwicklungsstörungen jedoch kein Ausdruck einer psychischen oder organischen Störung, einer

Intellligenzminderung oder mangelhaften Förderung." S. 303

47.1 Sprachstörung // Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD-10: F80) "

>Artikulationsstörung aufgrund einer gestörten Zungenmotorik (Lispeln)

> Stottern (ICD-10: F98.5) als Störung des Sprechflusses

> Poltern (ICD-10: F98.6) als Störung des Redeflusses" S. 304

"[…] Entwicklung von Verstehen und Produzieren von Sprache [ist] durch Probleme im Formen von Worten und Sätzen gehemmt […] Diese sind

>Expressive Sprachstörung

>Rezeptive Sprachstörung

>Landauer-Kleffner-Syndrom (erworbene Aphasie mit Epilepsie) oder

> Artikulationsstörungen auf Grund einer phonologischen Entwicklungsstörung" S. 304

"Hauptprobleme bei all diesen Störungen sind die eingeschränkte Möglichkeit der eigenen Expression und somit Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich sowie die Verminderung der Fähigkeit, Lesen und Schreiben zu lernen. Dies kann zusätzlich zu emotionalen

Problemen und Schwierigkeiten im Verhalten führen." S. 304

47.1 Artikulationsstörungen (ICD-10: F80.0)

"[…] die Artikulationsfähigkeit des Kindes ohne jegliche organische, sensorische oder neurologische Störungen unter jener liegt, die seinem Inerelligenzalter angemessen wäre, wobei die sprachlichen Fertigkeiten ansonsten im Normbereich liegen. Das bedeutet, dass der Lauterwerb sich verzögert oder von der Norm abweichend. Die Sprache weist deutliche Artikulationsfehler aus, sodass sie für andere schwer zu verstehen ist. Ursachen können phonologischer Art sein oder auch in der Zungenmotorik liegen. Laute - häufig Zisch-Laute - werden verzerrt, ausgelassen oder ersetzt." S. 305

"So kennt man: inkonstante […] inkonsequente […] partielle […] multiple […] universelle Dyslalie." S. 305

47.1 Expressive Sprachstörung (ICD-10: F80.1)

"[…] die gesprochene Sprache eines Kindes [liegt] von ihrer Expressivität her deutlich unter dem Niveau des eigentlichen Intelligenzalters […]. Das Sprachverständnis bleibt dabei im Normbereich. Der Beginn dieser Entwicklungsstörung liegt im zweiten Lebensjahr." S. 305

47.2 Rezeptive Sprachstörung (ICD-10: F80.2)

"[…] liegt das Sprachverstädnnis unter dem normalen Niveau. Meist sind in diesem Zusammenhang auch die expressive Sprache und die Wort-Laut-Produktion gestört." S. 305

"Bezeichnungen oder grammatikalische Kontrukte werden nicht verstanden. In Folge erschwert sich die zwischenmenschliche Kommunikation, es drohen Isolation, Scheu und Ängstlichkeit, obwohl der soziale Austausch nonverbal möglich ist." S. 305

47.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom) (ICD-10: F80.3)

"[…] tritt nach zunächst normaler Sprachentwicklung auf […] das Kind [verliert] seine expressiven und rezeptiven Sprachfertigkeiten. Das findet häufig innerhalb weniger Tage und Wochen statt - gelegentlich über einige Monate hinweg. Im Vorfeld oder auch nach Beginn kann man im EEG parosysmale Auffälligkeiten entdecken. Häufig treten epileptische Anfälle auf. […] Gehörtes [kann] nur noch schwer verstanden [werden] […] Diese Form der Aphasie kann

aber auch bis zur Stummheit gehen. Konsequenzen sind vor allem anfänglich häufig zusätzlich emotionale Störungen und Verhaltensstörungen." S. 306

47.4 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache wie z.B. Lispeln (ICD-10: F80.4) S. 306

48. Teilleistungsschwäche (ICD-10: F81) [Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten]

"[…] Vermutlich beruhend auf Beeinträchtigungen in der kognitiven Informationsverarbeitung, herrschen bei diesen Störungen Defizite im Erlernen bestimmter Fähigkeiten." S. 307

"Betrachtet werden mögliche vorherige Störungen in er Entwicklung -vornehmlich im Bereich Sprachen und Sprechen-, andere Probleme wie Überaktivität oder Verhaltensschwierigkeiten, bestimmte Störungsmuster und Beeinflussbarkeit. […] Auch hier gilt, dass diese Störungen nicht in Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung oder neurologischen Erkrankungen bestehen dürfen, das Kind nicht unbehandelt hör- oder sehbehindert ist und keine störenden äußeren Faktoren vorhanden sind, die das Lernen und die Aufmerksamkeit negativ beeinflussen.

Gleichzeitig werden zur Diagnose der Vergleich mit der Altersnorm und der allgemeinen intellektuellen Begagung gezogen." S. 307

48.1 Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung) (ICD-10: F81.0)

"[…] ersetzen, verdrehen oder fügen Buchstaben, Wortteile oder Worte beim schreiben hinzu - oder lassen sie aus. Sie haben Schwierigkeiten, konstant-vokal-verbindend zu lesen und Buchstaben zu erkennen. Häufig werden auch Wörter in ihrer Bedeutung nicht erkannt, Gelesenes kann nicht wiedergegeben und […]

[keine] Zusammenhänge und Schlüsse gezogen werden. Das Lesen funktioniert nur langsam, ein Vorlesen wird erst nach Verzögerung begonnen, Zeilen werden verloren, das Phrasieren ist ungenau, die Fehlerzahl in Diktaten ist außerordentlich hoch." S. 307

48.2 isolierte Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.1)

Hier "focussieren sich die Probleme auf das Schreiben. Meist begeitet dieses Problem eine schlecht lesbare Handschrift. Die Lesefähigkeit liegt hier jedoch im Normbereich." S. 307

48.2 Dyskalkulie (Rechenstörung) (ICD-10: F81.2)

"[…] Schwierigkeiten bei der Arbeit mit der Zahlensemantik, beginnend schon bei den Grundrechenarten. Verhältnisse von Zahlen untereinander und die dazugehörigen Rechenoperationen stoßen auf Unverständnis. […] Ebenso besteht keine Vorstellung zum Zahlenstrahl- und raum. Die sprachliche Fähigkeit, mit Zahlen und somit Textaufgaben umzugehen, fehlt, ebenso die Möglichkeit, Faktenwissen zu speichern (zum Beispiel das Einmaleins oder Formeln)." S. 308

48.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (ICD-10: F82)

"[…] Sie sind schon früh ungeschickt, sind häufig nicht in der Lage, sich die Schuhe zuzubinden oder feinmotorisch zu basteln. Auch Schwimmen und Fahrradfahren werden schwer erlernt. Dadurch werden sie häufig zu Außenseitern, was weitere psychische Problematiken mit sich zieht." S. 308

Umschriebene Entwicklungsstörung:

"

>F82.0 - der Grobmotorik

>F82.1 - der Fein- und Grobmotorik

>F82.2 - der Mundmotorik

>F82.9 - der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet " S. 308

48.4 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10: F83)

Die "Störungen (Sprechen, Sprache, schulische Fertigkeiten und motorische Funktionen) vermischen [sich] und keine davon dominiert, bzw. zwei oder mehr Symptome von F80, F81 und F82 dominieren." S.308

48.5 Tief greifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84)

"massive Einschränkungen […] [bei den] sozialen Interaktionen, […] Aktivitäten, […] Kommunikation und das Empfinden der Umwelt […]. Das Verhalten zeichnet sich durch stereotype Handlungen aus. Hier besteht schon früh in der Kindheit eine entsprechende auffällige Entwicklung, die sich meist in den ersten fünf Lebensjahren manifestiert." S. 309

"

> F84.0 - frühkindlicher Autismus (nach Kanner)

> F84.1 - Atypischer Autismus

> F84.2 - Rhett-Syndrom

> F84.3 - andere desintegrative Störungen des Kindesalters

> F84.4 - überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen > F84.5 - Asperger Syndrom

48.5.1 Frühkindlicher Autismus (ICD-10: F84.0)

"[…] ausgeprägte Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation, die bereits im Säuglingsalter zu erkennen ist. Es fehlt jegliches Ansprechen auf

emotionale Zuwendung durch das Umfeld. Ein Blickkontakt findet nicht statt, ebenso entwickelt sich das soziale Lächeln, wenn überhaupt, sehr spät. Eine differenzierte Mimik und Gestik fehlen. […] Die Motorik ist stereotyp, manchmal sogar selbstschädigend (Selbstverstümmelung). Wichtig ist Ihnen eine konstante Umgebung. Auf Veränderung reagieren sie ängstlich bis aggressiv.

Fantasie und Kreativität sind kaum vorhanden. Sie leiden unter Schlaf- und Essstörungen, Phobien, Wutausbrüchen und Ängsten.[…] bei einem Großteil der Kinder ist die Intelligenz gemindert." S. 309

48.5.2 Atypischer Autismus (ICD-10: F84.1)

"[..] es entstehen nur Störungen in ein oder zwei der drei Bereiche <<soziale Interaktion>>, <<Kommunikation>> oder <<stereotypes, eingeschränktes Verhalten>>. Meist habe es im Vorfeld bereits schwere Störungen des Srachtverständnisses oder der geistigen Entwicklung.

Ebenso ist die Intelligenz häufig schwer gemindert." S. 310

48.5.3 Rhett-Syndrom (ICD-10: F84.2)

"[…] plötzlich verlieren sich jedoch wieder alle Fähigkeiten - besonders in der Motorik. […] Die Kaufähigkeit der Nahrung lässt nach, Betroffene sabbern häufig oder Strecken die Zunge heraus. Oft kommt es zur Hyperventilation, die Blasen- und Darmkontrolle lassen nach." S. 310

48.5.4 Andere desintegrative Störungen des Kindesalters / Hellersche Demenz (ICD-10: F84.3)

"[…] trifft Kinder im dritten oder vierten Lebensjahr, die sich in den zwei Jahren zuvor vollkommen normal entwickelt haben. Innerhalb weniger Monate

verlieren sie eine Vielzahl an Fähigkeiten, die sie bis dahin völlig normal erworben haben. […] Das Interesse an der Umwelt geht verloren, das Kind entwickelt motorische sich wiederholende Manierismen. […] Das Spielverhalten entwickelt sich zurück, Sprache, Anpassungsfähigkeit und soziale Fähigkeiten gehen zunehmend verloren. Nicht selten kommt es auch zu einem Verlust über die Kontrolle der Blasen- und

Darm[funktion] und auch der motorischen Fähigkeiten." S. 311

48.5.5 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen (ICD-10: F84.4)

"Diese Störung ist nicht eindeutig definiert und ist ein Syndrom, dass mit vielen verschiedenen Entwicklungsverzögerungen begeitet ist.

Definiert wird diese Störung bei Kindern mit:

> mittelgradiger oder schwerer Intelligenzminderung mit einem Intelligenzquotienten unter 50 bzw. 34

> Problemen mit Überaktivität und in ihrer Aufmerksamkeit

> stereotype Verhaltensweisen" S. 311

48.5.6 Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5)

"[…] Oft entwickeln Betroffene einseitige Aktivitäten und Interessen, die sich häufig auf eher technisierte, wenig kreative, Spezialgebiete fokussieren. […] Im frühen Erwachsenenalter kann es zu psychotischen Episoden kommen. Trotzdem ist die Sozialprognose recht gut." S. 312

48.6 Mögliche Therapieformen

48.6.1 Therapien bei Sprach- und Sprechstörungen

"[…] logopädische Therapie […] verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm." S. 313

48.6.2 Therapien bei Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

"[…] eine ergänzende psychotherapeutische Behandlung [kann] notwendig sein, da Kinder häufig sowohl an ihrem Selbstbewusstsein als auch am Verhalten ihrer Umwelt erkranken und mit Schulangst, Schulverweigerung, dissozialen Entwicklungen oder Depressionen inklusive

Suizidalität zu kämpfen haben. […] Sozialrechtlich kann durch die Feststellung einer Störung in diesem Bereich positiv an der Schullaufbahn gearbeitet werden. So bestehen zum Beispiel die Möglichkeiten, dass Fehler in Arbeiten nicht gewertet werden, bzw. dass schulische

Fördermaßnahmen in Anspruch genommen werden können." S. 313

48.6.2 Therapien bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

"[…] spezielle Förderprogramme wie die sensorisch-integrative Therapie oder ein Wahrnehmungstraining im Rahmen von Krankengymnastik, Ergotherapie oder Motopädie. […] Zugleich kann aber auch hier eine psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern zu empfehlen sein, da Kinder häufig an ihrer Position als Außenseiter leiden." S. 314

48.6.3 Therapien bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

"Tiefgreifende Entwicklungsstörungen sind nicht heilbar - aber Eltern und Kinder können therapeutisch unterstützt, Symptome gelindert werden. Dabei

müssen die therapeutischen Verfahren individuell an die spezifische Störung, ihre Ausprägung, das Kind selbst, seine Eltern und

Lebensumstände angepasst werden. Es geht darum, ein bisschen Normalität herzustellen sowie Irritationen und Ängste abzubauen. Das Kind soll dabei nach seinen Möglichkeiten sensibel gefördert und gefordert werden. " S. 314

"Therapeutisch arbeitet man mit der praxisbezogenen geführten Interaktionstherapie, die Beziehungen verbessern und das Leben im Alltag vereinfachen soll. Hilfreich sind ansonsten […] Körperwahrnehmungsmaßnahmen und sensorische Methoden, um nach Außen zu öffnen, das innere und äußere Gleichgewicht zu verbessern, die Motorik und sensuelle Wahrnehmung zu schulen sowie <<Ordnung>> im Kopf herzustellen. Positiv wirken können auch Krankengymnastik, heilpädagogische Ansätze (zum Beispiel mit Tieren) und Sprachtherapie oder auch Verhaltenstherapie, bei der es um die Auseinandersetzung mit der Umwelt und die Informationsverarbeitung geht.

Psychopharmaka werden je nach Störungsbild häufig ergänzend eingesetzt." S. 314

49. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F9)

"[…] Störungen, die sich durch Problematiken im Verhalten und/oder den Emotionen äußern sowie häufig starke soziale Folgen nach sich ziehen […] unterschieden werden Sie in:

>Hyperkinetische Störungen (ICD-10: F90)

> Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91)

> Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92)

> Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10: F93)

> Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F94)

> Tic-Störungen (ICD-10: F95)

> Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F98)

49.1 Hyperkinetische Störungen / ADHS (ICD-10: F90)

"[…] leiden unter mangelnder Aufmerksamkeit, eingeschränkter Impulskontrolle und ausgeprägter motorischer Unruhe. Tätigkeiten werden häufig angefangen und nicht zu Ende gebracht. […] desorganisiert und in der Aktivität überschießend und unachtsam, jedoch ist ihre Intelligenz mindestens im Normbereich. Sie neigen dazu zu lärmen, zu zappeln oder können nicht sitzen bleiben. […] mangelnde[…] Impulskontrolle […] geringe[…] Frustrationstoleranz […] ungeduldigen, aggresiven Ausbrüchen. Regeln werden häufig (unabsichtlich) gebrochen,

Gefahren werden nicht richtig eingeschätzt, sodass es häufig zu Unfällen und Verletzungen kommt. Oft reagieren sie auf andere distanzlos. […] In Folge kommt es häufig zu Schulschwierigkeiten, Isolation, einem niedrigen Selbstwertgefühl und dissozialem Verhalten. [...]

Zur Diagnose müssen auf jeden Fall Störungen wie Seh- und Hörstörungen, Intelligenzminderungen, Störungen des Sozialverhaltens, epileptische sowie hirnorganische Psychosyndrome ausgeschlossen werden." S. 317

"Unterformen sind

>F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, bei der keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt

>F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, bei der auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt >F90.0 Sonstige hyperkinetische Störungen

> F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung"

49.2 Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91)

"[…] Muster von aggresivem, dissozialem und aufsässigem Verhalten aus, das weit über <<kindischen Unfug>> oder <<jugendlicher Aufmüpfigkeit>> hinausgeht. […] Aggressivität und Zurückweisung der Bezugsperson, häufiges Streiten, Tyrannisieren, Wutausbrüche, bewusstes Lügen, ein gehässiger Umgang mit dem sozialen Umfeld, Rachsucht, Zerstörung von fremden Eigentum, Diebstahl, Schulschwänzen, Weglaufen von zu Hause, Ungehorsam im Schulalltag, körperliche Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren, brechen von Vereinbarungen.

Häufig geht diese Störung später in eine dissoziale Persönlichkeitsstörung über." S. 319

"Unterformen sind:

>F91.0 - auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

> F91.1 - Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

> F91.2 - Störung des Sozialverhaltens bei vorhanden sozialen Bindungen

> F91.3 - Störung des Sozialverhaltens bei oppositionellem, aufsässigen Verhalten

> F91.9 nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens" S. 319

49.2.1 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.0)

"[…] es geht um schwerwiegende aggressive Konflikte. Dies äußerst sich häufig auf das Zerstören von Spielzeug oder Kleidungsstücken, Beschädigen von Möbeln, Gewalt gegenüber Familienangehörigen oder gar Feuerlegen im heimischen Bereich. Das Verhalten im äußerem

Umfeld ist dabei im Allgemeinen normal." S. 320

49.2.2 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (ICD-10: F91.1)

"Betroffene […] fühlen sich zurückgewiesen und isoliert, was zu tyrannisierendem Verhalten, Grobheit, Ungehorsam und fehlender Kooperationsbereitschaft führt. Betroffene neigen zu Wutausbrüchen und Unkontrolliertheit. Fremdes Eigentum wird zerstört, andere Menschen und

Tiere werden gequält." S. 320

49.2.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (ICD-10: F91.2

Das Verhalten ist "ungehorsam, aufsässig und trotzig, neigen jedoch nicht zu aggressiven oder ausgeprägten dissozialen Handlungen. Sie widersetzen sich Anforderungen und durch Erwachsene ausgesprochene Regeln, ärgern andere gerne, haben aber selbst eine geringe

Frustrationstoleranz. So nehmen die Dinge schnell übel und werden leicht zornig. Für ihre Fehler machen sie andere verantwortlich. Oft bezieht sich dieses

Verhalten auf Personen, die sie kennen, sodass sie im klinischen Umfeld unaufällig sein können." S.320

49.3 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93)

"Die Einteilung in spezifische Einheiten ist bei emotionalen Störungen des Kindesalters zudem manchmal schwierig. " S.321

"Untergruppen sind:

> F93.0 - Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters

> F93.1 - Phobische Stöungen des Kindesalters

> F93.2 - Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

> F93.3 - Emotionale Störungen bei Geschwisterrivalität

> F93.8 - Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters" S.321

49.3.1 Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters (ICD-10 F93.0)

"[…] phobische Ängste und Trennungsängste […] Diagnose […] wird gestellt, wenn die Angst vor Trennung von Bezugspersonen über den achten Lebensmonat […] hinausgeht und außerordentlich schwerwiegend ist. Das zeichnet sich durch tiefste Verzweiflung über eine abnorme Dauer aus. […] Die sozialen Funktionen sind deutlich eingeschränkt, so werden zum Beispiel die Schule nicht mehr besucht, das Haus nicht mehr verlassen oder auch das Bett nicht aufgesucht, wenn die Bezugsperson nicht in der Nähe ist. Das Kind leidet unter Albträumen und somatischen Symptomen wie Bauchschmerzen, Übelkeit oder Kopfschmerzen. Findet eine kurzzeitige Trennung statt, so verspürt es schwerstes Unglücklichsein mit Angst, Wutausbrüchen, Schreien oder Aphathie." S. 321

49.3.2 Phobische Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93.1)

"[…] wenn die Ausprägung [der phobischen Störung] besonders stark ist und die Handlungsfreiheit eingeschränkt wird (wird es pathologisch)" S. 322

49.3.3 Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10 F93.2)

"[…] starkes Misstrauen Fremden gegenüber […] Angst in fremden und scheinbar sozial bedrohlichen Situationen. Die Kinder klammern sich dabei quasi an ihre Bezugsperson und trauen sich nicht, Kontakt zu Erwachsenen oder Gleichaltrigen aufzunehmen.

Diagnostiziert wird diese Störung, wenn sie vor dem sechsten Lebensjahr beginnt, außerordentlich stark ist und zu schweren sozialen Problemen führt." S. 322

49.3.4 Emotionale Störungen bei Geschwisterrivalität (ICD-10 F93.3)

"[…] Ufert diese Eifersucht zu Rivalität mit äußerst negativen Gefühlen bis hin zu Böswilligkeiten und Verletzungen aus und ist die soziale Interaktion schwerwiegend eingeschränkt, spricht man von einer emotionalen Störung. Häufig kommt es zu einer Regression, wie dem wieder

<<in die Hose machen>> oder auch der Entwicklung von Babysprache. Manchmal möchten die Kinder auch wieder gefüttert werden. Kommt es nicht zur Aufmerksamkeit durch die Eltern, entwickeln die Kinder Wut, konfrontierendes Verhalten, Angst oder sozialen Rückzug sowie

Schlafstörungen." S.322

49.4 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92.8)

"Nicht selten kommt es vor, dass Störungen des Sozialverhaltens in Form von dissozialen, aggresiven und aufsässigen Verhalten mit Angst, Depressionen oder auch anderen emotionalen Störungen einhergehen." S. 323

49.4.1 Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10 F92.0)

"[…] Störung des Sozialverhaltens […] deutliche und andauernde depressive Stimmung […] [zugleich] […] Kinder leiden, klagen häufig über Kopf- oder Bauchschmerzen ohne körperliche Ursache, sind niedergeschlagen und verlieren jegliches Interesse an der Schule und alltäglichen Aktivitäten. Außerdem erscheinen sie völlig hoffnungslos, sind traurig, leiden unter Appetitlosigkeit und Schlafstörungen. Häufig kommen auch diffuse Ängste und ein geringes Selbstwertgefühl hinzu." S. 323

49.4.2 Sonstige kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92.8)

"[…] Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Angst, Depersonalisation oder -realisation oder Phobien." S. 323

"Schizophrenie und Psychosen sind bei Kindern eher selten, könne aber durchaus vorkommen. […] Problematisch bei Ihnen ist, dass Sie häufig nur schwer zu erkennen sind. Halluzinationen und paranoide Phänomäne kommen seltener vor, häufig jedoch Körperhalluzinationen.

Typisch sind die sogenannten Prodromalsymptome mit nachlassender Konzentration und Aufmerksamkeit, Störungen im Antrieb, Ängsten, Misstrauen, Schlafstörungen und sozialem Rückzug." S. 323

49.5 Störungen sozialer Funktonen mit Beginn der Kindheit und Jugend (ICD-10 F94)

"[…] Entwicklungsstörungen, die weniger die soziale Konstitution betreffen, sondern Funktionen, die die soziale Kommunikation beinträchtigen. Ursachen vermutet man in einem negativ wirkenden Umfeld oder Entzug von emotionaler Zuwendung und Sicherheit." S. 325

"Unterteilt wird in:

> F94.0 - Elektiver Mutismus

> F94.1 - Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

> F94.3 - Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

> F94.8 - Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit" S. 325

49.5.1 Elektiver Mutismus (ICD-10 F94.0)

"Spricht ein Kind oder Jugendlicher seit mindestens vier Wochen in ganz bestimmten Situationen oder im Rahmen einer bestimmten sozialen Gruppe (zum Beispiel in der Schule) nicht, obwohl ein Sprechvermögen sowie die Kompetenz zum sprachlichen Ausdruck bestehen und der Betroffene in anderen Situationen und sozialen Gruppen völlig normal spricht, spricht man von einem elektiven Mutismus." S. 325

"Meist besteht eine Verbindung mit sozialer Angst, Empfindsamkeit oder auch Widerstand. Betroffene leben häufig (aber nicht zwingend) in auffälligen

Familienstrukturen, die durch Disharmonie, gegenseitiger Feindseligkeit und Ablehnung geprägt sind. Im geschützten familiären

Umfeld zeichnen sich diese Kinder und Jugendliche dahingegen teilweise sogar durch oppositionelles Verhalten und starken Willen aus." S. 325

49.5.2 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (ICD-10 F94.1)

"[…] Auffälligkeiten in ihren sozialen Beziehungen, Anpassungsschwierigkeiten und Probleme in ihrem emotionalen Empfinden und Verhalten. […] häufig unglücklich, übervorsichtig und ängstlich, wodurch vorallem Kontakte mit Gleichaltrigen oft vermieden werden, obwoh Interesse an ihnen besteht. Agressionen gegenüber anderen Personen und sich selbst sind nicht unüblich. […] Häufig wird der Blickkontakt vermieden. […] Im Rahmen dieser Störung wird häufig eine Wachstumsverzögerung beobachtet […]

49.5.3 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (ICD-10 F94.2)

"[…] Anklammerungstendenzen […] aufmerksamkeitssuchendes Verhalten […] Gleichzeitig können auch weiter emotionale oder auch Verhaltensstörungen auftreten. Betroffen sind häufig Kinder, die als Kleinkinder in Institutionen wie Heimen oder wechselnden Pflegefamilien aufgewachsen sind, so dass man vermutet, dass die Ursache in häufig wechselnden Bezugspersonen liegt." S. 326

49.6 Tic-Störungen (ICD-10 F95)

"[…] für die Beroffenen außerordentlich belastend. Sie äußern sich durch unwillkürliche, sich wiederholende, plötzlich einsetzende nicht-rythmische Reaktionen in Muskelgruppen oder auch in der Produktion von Lauten, die keinerlei Sinn haben. Sie blinzeln, grimmasieren, schlagen sich oder zucken mit den Schultern oer räuspern sich, zischen oder das stoßen obszöner Begriffe

(Koprolalie). […] Nicht selten treten zusätzliche Störungen wie Zwangssymptome, spezifische Entwicklungs- oder hypochondrische Störungen sowie depressive Störungen und Angst auf." S. 327

"So unterscheidet man:

>F95.0 - vorübergehende Tic-Störung

>F95.1 - chronische motorische oder vokale Tic-Störung

>F95.2 - kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

>F95.8 - sonstige Tic-Störungen

>F95.9 - nicht näher bezeichnete Tic-Störungen" S. 327

49.6.1 Vorübergehende Tic-Störung (ICD-10 F95.0)

"[…] meist bei Kindern im Alter zwischen vier und fünf Jahren auf und dauern nicht länger als zwölf Monate an. Gelegentlich kann es zu Rückfällen kommen. Meist handelt es sich hierbei um solche Tic´s wie Grimmasieren, Kopfschütteln oder Blinzeln." S. 327

49.6.2 Chronische motorische oder vokale Tic-Störung (ICD-10 F95.1)

"[…] existieren seit mindestens zwölf Monaten vokale oder motorische Tics (diese jedoch nicht gleichzeitig)." S. 328

49.6.3 kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom] (ICD-10 F95.2)

"Bei dieser schwersten Form der Tic-Störung leiden Betroffene seit mindestens zwölf Monaten und seit ihrer Kindheit und Jugend häufig chronisch unter multiplen motorischen und zusätzlich unter einem oder mehreren vocalen Tic(s). Dabei müssen diese jedoch nicht zwingend gleichzeitig auftreten. In der Adoleszenz verschlechtern sich die Symptome meist und persistieren sich ins

Erwachsenenalter […] Grunzen, Räuspern oder auch obszöne Phrasen oder Wörter, häufig begleitet mit entsprechenden Gesten (Kopropraxie)" S. 328

49.7 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F98)

"

>F98.0 - nichtorganische Euresis

>F98.1 - nichtorganische Enkopresis

>F98.2 - Fütterstörung im frühen Kindesalter

>F98.3 - Pica im Kindesalter

>F98.4 - stereotype Bewegungsstörungen

>F98.6 - Sonstige andere Verhaltensweisen- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

>F98.0 - Nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend" S. 329

49.7.1 nichtorganische Euresis (ICD-10: F98.0)

"[…] unwillkürlicher Harnabgang ohne organische Ursache […] Dabei unterscheidet man:

> die primäre Euresis, bei der die Inkontinenz seit Geburt andauert

> die sekundäre Euresis, bei der nach einem bereits bestandenen "Trocken"-Sein wieder eingenässt wird. […]

Zudem geht man stark von genetischen Ursachen aus […] Ansonsten spielen zusätzlich psychosoziale Fakten eine starke Rolle. Von Zeit zu Zeit wird sie von ausgeprägten emotionalen und Verhaltensstörungen begleitet, die sich durch

emfpundene Peinlichkeit und Stigmatisierung noch verstärken können oder sogar neu auftreten." S. 330

49.7.2 nichtorganische Enkopresis (ICD-10: F98.1)

"[…] fehlende Kontrolle über den Abgang von […] Stuhlgang mehrmals im Monat an Orten, an denen dies im soziokulturellen Umfeld nicht vorgesehen ist. Manchmal äußert sie sich auch durch das Zurückhalten von Stuhlgang (mit der Gefahr einer Verstopfung) [...] Auch hier unterscheidet man:

>die primäre Enkopresis, bei der die Inkontinenz seit Geburt andauert und die sich auch bei entsprechendem Toilettentraining nicht verbessert.

> die sekundäre Enkopresis, bei der nach einer bereits bestandenen Kontrolle über den Stuhlgang, diese wieder verloren wird oder er zurückgehalten wird." S. 330

49.7.3 Fütterstörung im frühen Kindesalter (ICD-10: F98.2)

"[…] Nahrungsverweigerung […] ausgeprägtes wählerisches Verhalten bis hin zum wieder Herauswürgen der Nahrung. Immer unter der Vorraussetzung, dass keine organische Ursache vorliegt." S. 330

49.7.4 Pica im Kindesalter (ICD-10: F98.3)

"[…] Essen von Substanzen, die nicht für den Verzehr dacht sind, wie Sand, Erde, Kleber, Papierschnipsel, Haarspitzen ect. und kann so lebensbedrohlich werden. Tritt dies nicht im Rahmen einer Autismuserkrankung auf, wird diese als Pica diagnostiziert.

Meist stammen die betroffenen Kinder aus einer durch Streit, Missbrauch, Alkoholismus oder Kriminalität belasteten Familien und/oder leiden unter einer Intelligenzminderung (dann ist als Hauptdiagnose diese zu verwenden)." S. 331

49.7.5 stereotype Bewegungsstörungen (ICD-10: F98.4)

"[…] Die betroffenen Kinder schaukeln mit dem Körper oder Kopf, zupfen oder drehen ihre Haare oder schnippen mit den Fingern. Manchmal kommt es zu selbstschädigendem Verhalten wie Kopfanschlagen oder in den Augen bohren. Ursache kann ein vorgegangenes belastendes Erlebnis sein. Meist leiden Kinder gleichzeitig unter einer Intelligenzminderung (dann ist als Hauptdiagnose diese zu verwenden)." S. 331

49.7.6 Stottern (ICD-10: F98.5)

"[…] das häufige Wiederholen von Lauten und Silben, manchmal auch ganzen Wörtern, während des Sprechvorgangs. Die Aussprache ist dadurch verzögert, häufig wird innegehalten. Diagnostiziert werden soll das Stottern, wenn es über eine übliche Arrythmie, die in einem Alter vorkommen kann, hinausgeht und die Sprechflüssigkeit über die Maßen beeinträchtigt ist." S. 331

49.7.7 Poltern (ICD-10: F98.6)

"[…] überhöhte Sprechgeschwindigkeit, bei der zugleich die Sprechflüssigkeit im Rhythmus (schnell und ruckartig) gestört ist. Meist ist auch die Satzstruktur falsch, so dass Betroffene häufig von ihrer Umwelt nicht verstanden werden." S.331

49.7.8 Sonstige andere Verhalens- und emotionale Störungen mit Beginn inder Kindheit und Jugend (ICD-10: F98.8)

"In dieses Kapitel werden die

> Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktiviät

> Das Daumenlutschen

> die exzessive Mastrubation > das Nägelkauen und > das exessive Nasebohren eingeordnet. S. 332

49.8 Mögliche Therapieformen

49.8.1 Therapie bei hyperkinetischen Störungen

"

> Aufklärung von Kind, Eltern, Lehrern und initiieren einer Zusammenarbeit

> Familientherapie oder Elterntraining

> kognitive Therapie (Bearbeitung des unorganisierten und impulsiven Verhaltens, Problemtraining) > heilpädagogische Behandlungen

> diabetische Maßnahmen (zum Beispiel keine Phosphate, keine Konservierungsmittel)

> Psychopharmaka (Psychostimulanzien wie Methylphenidat, falls notwendig Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa)

49.8.2 Therapie bei Störungen des Sozialverhaltens

"[…] die Kernsymptomatik einzudämmen und ernsthaften Folgen vorzubeugen. Das geschieht über: > familienzentrierte Verfahren

> Verhaltenstherapie

> lebensumfeldnahe Maßnahmen wie Jugendgruppen und

> in schweren Fällen Psychpharmaka (zum Beispiel Carbamazepin oder Lithium)

49.8.3 Therapie bei emotionalen Störungen des Kindesalters

"[…] Verhaltenstherapie wie die graduierte Reizkonfrontation zum Zuge, dies stark in Einbeziehung der Eltern. Bei depressiven Störungen finden

verhalenstherapeutische und psychodynamische Methoden - zum Beispiel über eine Spieltherapie - Anwendung.

Sind die Symptome ausgeprägt, sollte zusätzlich eine Psychopharmakatherapie nachgedacht werden. Bei Psychosen und Schizophrenien werden atypischen Neuroleptika eine besondere Bedeutung zugemessen." S. 334

49.8.4 Therapie bei Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kleinkindheit und Jugend

"[…] Häufig arbeitet man mit einer analytischen Spieltherapie, aber auch mit einer Familientherapie. Eine Verhaltenstherapie und beim elektiven Mutismus [folgenden] Sprachtherapie kommen schließlich zum Tragen, wenn die Ursache geklärt und zum Teil bearbeitet sind.

Wichtig ist immer eine wertschätzende Haltung dem Kind oder Jugendlichen gegenüber. Psychopharmakologisch arbeitet man häufig mit Antidepressiva, um etwaige Ängste zu reduzieren." S. 334

49.8.5 Therapie bei Tic-Störungen

"[…] werden häufig verhaltenstherapeutisch behandelt. Hier unterstützen helfend Wahrnehmungstrainings, Entspannungsverfahen und Trainings der motorisch inkompatiblem Reaktion. […] [es] werden häufig Neuroleptika wie Risperidon, Tiaprid, Pimozid oder Haloperidol eingesetzt.

Bei einem schweren Tourette-Syndrom haben sich […] Hirnschrittmacher bewährt, die durch elektrische Impulse überaktive Nervenzellen blockieren." S. 334

49.8.6 Therapie bei sonstigen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

"Enuresis […] greifen […] verhaltenstherapeutische Maßnahmen, […] Einsatz von Weckgeräten, die ein Signal abgeben, wenn die Kinder einnässen. Bei einer ausgeprägten Schlaftiefe können psychopharmakatherapeutisch trizyklische Antidepressiva eingesetzt werden." S. 335

"Enkopresis […] psychotherapeutische Maßnahmen […] abführende Medikamente bei einer bestehenden Verstopfung eingesetzt." S.335

"Futterstörung […] spezielle Fütter-/Esstherapien, bei denen die Eltern für das Theme fit gemacht werden." S. 335

"Pica […] stereotypen Bewegungsstörungen […] Absicherung vor Gefährdungen wichtig. […] verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit Straffungen des Tagesablaufs (zur Vermeidung von Langeweile), ggf. auch eine tiefenpsychologische Therapie.

Bei starker Gefährdung muss über eine stationäre Unterbringung nachgedacht werden." S. 335

"Stottern und Poltern […] gibt es spezielle Sprachtherapien unter anderem im Rahmen der Logopädie, bei denen entsprechende Maßnahmen erlernt werden, um sich auch <<im richtigen Leben>> verständlich artikulieren zu können."

"sonstigen Verhaltens- und emotionalen Störungen werden im Allgemeinen mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen bearbeitet." S. 335

50. Psychosomatik

"[…] Einflussfaktoren von psychischen Problematiken und Belastungen auf Vorgänge körperlicher Art unter Einbeziehung von Anlage und sozialem Umfeld. Sie geht davon aus, dass unsere Psyche unsere Zellen, Hormonausschüttungen und Organe maßgeblich beeinflusst. [...]

Von psychosomatischen Erkrankungen Betroffene leiden unter körperlichen Symptomen ohne ausreichende somatische Erklärbarkeit." S. 337

50.1 Krankheitsbilder

"

1. Asthma bronchiale
2. Colitus ulcerosa (chronisch entzündliche Darmerkrankung)
3. essentielle Hypertonie
4. chronische Polyarthritis (entzündliche Erkrankung der Gelenke)
5. Neurodermitis
6. Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür)
7. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)" S. 337 Siehe auch "Holy Seven"

"Betroffene geraten häufig in eine somato-psychische Wechselwirkung, einem Teufelskreis aus Körperwahrnehmung, subjektiven Krankheitsattributen, Symptomen und Angst. Sie fühlen sich häufig allein gelassen, möchten nicht als <<Verrückt>> angesehen, sondern in ihrem

Krankheitsbild ernstgenommen werden. So haben sie häufig bereits einen erschöpfenden Ärtzemarathon hinter sich. […] Deuten Ärtze ihnen gegenüber eine mögliche psychische Ursache an, so sperren sich die Betroffenen gegen diese Gedanken." S. 337

50.2 Theorien

>Franz Alexander […] Spezifitätsthese […] spezifischen Zusammenhang zwischen psychischen Konflikten und physiologischen Vorgängen […]

>Max Schur […] Theorie der De- und Resomatisierung […] Befindet sich der Betroffene […] in einer Belastungssituation, kann er in frühkindliche Verhaltensmuster zurückfallen und <<wählt>> beastimmte Organe aus, die sich während seines Lebens als besonders vulnerabel erwiesen haben. Körperliche Symptome dienen hier der Konfliktbewältigung.

>Engel und Schmale […] [Verlust einer wichtigen Person] und dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit (Giving up und Given up) als Ursache von körperlichen Erkrankungen uner der Vorraussetzung, dass bereits eine gewisse Vulnerabilität für somatische Beschwerden besteht.

> Pierre Marty […] [&] Kollegen […] Theorie der Alexithymie […]

> Martin Seligman […] Lerntheorie […] Möglichkeit der Konditionierung von körperlichen Vorgängen […] Er sah psychosomatische Phänomene als fehlgeleitete Konditionierungs- und Lernvorgänge, die in einem Teufelskeis münden.

> Thure von Uexküll [….] Situationskreises […] Beziehung von Individuum und Umwelt […] Zusammenspiel von biologisch-körperlichen, emotionalen, typologischen und biopsychosozialen Elementen, dass zu Krankheitsgeschehen [führt]

> Hans Seyle […] Stresstheorie […] psychosomatische Krankheiten als Folge von Stressreaktionen, die zu einer Störung (Homöostase) des inneren Gleichgewichts führten. Der Sympathikus löse eine Alarmreaktion aus, in deren

Folge Widerstand und schließlich Erschöpfung auftreten, die - unter anderem - zu psychosomatischen Erkrankung führen können.

> Allostase-Modell […] homöostasischen Regulationsmechanismen [werden] zusätzlich durch Stress geschädigt." S. 338, 339

51. Psychische Erkrankungen speziell im Alter

"[…] Menschen in einem höheren Alter sehen sich zunehmend mit Problematiken auseinandergesetzt, die auch psychisch belasten können. [wie z.B.] körperliche Erkrankungen, Beendigung der beruflichen Tätigkeit und des <<gebraucht werdens>>,

Angst vor Pflegebedürftigkeit, Angst vor dem Sterben/dem Tod, Verlust der Attraktivität, Verlust von körperlicher Belastungsfähigkeit, belastende Pflege von Angehörigen oder des Partners, schwierige finanzielle Situationen durch geringe Renten, fehlende Ziele im Leben, fehlender Sinn, traumatische Belastungen durch Kriegs- und Nachkiregserlebnisse." S. 341

"Bei der therapeutischen Behandlung älterer Menschen geht es im geringeren Maße um Heilung oder tiefgreifende psychische Veränderungen. Es geht darum, akute Probleme zu lösen, Ressourcen zu nutzen sowie Bedürfnisse zu erkennen und zu behandeln.

Ziel ist es, dass der Patient länger selbständig und aktiv leben kann sowie seine Lebensqualität gesteigert wird. […] bei der Gabe von Psychopharmaka [müssen] mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie Stoffwechsel-Besonderheiten berücksichtigt werden. […] Psychotherapeutisch Tätige in diesem Bereich müssen zumindest grundlegend über körperliche Erkrankungen und auch spezieller Problematiken im Alter Bescheid wissen" S. 342, 343

52. Kulturelle Besonderheiten

In bestimmten kulturellen Kreisen "werden psychische Krankheiten sehr spät erkannt und haben sich dann häufig bereits chronifinziert. […] Die Erwartungshaltung […] in der Therapie ist gelegentlich eher passiv, der Therapeut wird als <<Heiler>> gesehen. [...] Hilfe wird oft eher im religiösen Bereich gesucht. […] Deutschstämmige Therapeuten werden aus der Befürchtung heraus, nicht verstanden zu werden und [oder] aufgrund von Bedenken ethnischer, religiöser oder kultureller Art oft nicht aufgesucht." S. 346

Ende der Zusammenfassung 28.01.2019